

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THÈSE

N°

420

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 6 Juillet 1905, à 1 heure

PAR

Charles ROCHU

DES

HALLUCINATIONS dans la MÉLANCOLIE

ET DES

PHÉNOMÈNES HALLUCINATOIRES

POST-MÉLANCOLIQUES

« — Vere scire est scire
per causas..... »
(— Bacon — *In novum
organum*, II^e p.).

PRÉSIDENT : M. RAYMOND, Professeur.

JUGES : } MM. JOFFROY, Professeur.

DUPRÉ, Agrégé.

RÉNON, Agrégé.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHT.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ HUTINEL.
	BRISAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie	MATHIASDUVAL
Opérations et appareils	N...
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	GILBERT.
Hygiène.....	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentée.....	ROGER.
Clinique médicale	{ HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	{ RECLUS.
	TERRIER.
	BERGER.
Clinique ophthalmologique.....	LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ BUDIN.
	PINARD.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	DESGREZ.	LEGUEU.	RICHAUD.
AUVRAY.	DUPRE.	LEPAGE.	RIEFFEL, chef
BALTHAZARD.	FAURE.	MACAIGNE.	des trav. anat.
BRANCA.	GOSSET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
BRINDEAU.	GUIART.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (André.)	JEANSELME.	MERY.	WALLICH.
CARNOT.	LABBE.	MORESTIN.	
CUNEO.	LANGLOIS.	POTOCKI.	
DEMLIN.	LAUNOIS.	PROUST.	
	LEGREY.	RENON.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU PROFESSEUR RAYMOND

DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

AU DOCTEUR PIERRE JANET

DU COLLÈGE DE FRANCE

Hommage d'affectueuse reconnaissance

MEIS ET AMICIS

AVANT-PROPOS

Grâce à l'unanime bienveillance que nous avons trouvée chez tous nos maîtres de la Salpêtrière, nous avons pu, dans les diverses fonctions que nous avons remplies dans leurs services ou à leurs consultations, comme externe, interne ou comme assistant, nous initier aux méthodes cliniques et aux procédés thérapeutiques préconisés par chacun d'eux et remarquer certains faits, qui nous seraient restés inconnus autrement, faute de points de comparaison et de généralisation.

Un fait, entre autres, qui nous a frappé de plus en plus aux différentes consultations de la Salpêtrière — nous l'avons d'ailleurs observé par nous-même en clientèle et sa fréquence y est beaucoup plus considérable que ne semblent s'en douter malheureusement nombre de praticiens — ce fait, c'est l'augmentation croissante des « fonctionnels » relativement aux « organiques » et particulièrement de ces états pathologiques, que l'on pourrait considérer comme le trait d'union entre les cas de pure neuropathologie et ceux de pure psychiatrie et qui

ne sont qu'un produit morbide de notre civilisation.

Ces états, particulièrement intéressants, que l'on pourrait qualifier d'« *artificiels* » ne sont qu'un édifice morbide, que les sujets élèvent de toutes pièces avec leur cerveau et leurs nerfs sur un terrain toujours trop disposé à cet effet ; ils sont, généralement englobés, à tort, dans la grande famille des neurasthéniques et doivent rentrer pour la plupart dans le groupe des *psychasthéniques* de Raymond et Janet. A la base de ces états « *asthéniques* », il y a abaissement de potentiel nerveux ; le sentiment de dépersonnalisation, d'incomplétude retentit sur l'imagination comme sur la motricité.

L'harmonie, qui existe normalement entre les diverses fonctions organiques, se traduit par un état vague de satisfaction et de bien-être (cénesthésie), les diverses sensations, qui sont une manifestation mécanique du jeu physiologique des organes, passent presque inaperçues normalement et si quelquefois l'individu ressent un malaise passager, il ne s'en inquiète pas autrement ; y prête-t-il au contraire attention, ce malaise lui semble se faire sentir, plus fréquemment et plus fortement et comme pour l'esprit humain il n'y a pas « d'effets sans causes » pour peu que l'individu reconnaisse ou croit reconnaître des symptômes de maladies qu'il a pu observer — ou surtout analogues à des descriptions de médecine à l'usage des gens du monde ; — il ne lui en faut pas plus, — si ce n'est l'aide des médecins non prévenus

ou observateurs trop superficiels, — pour pouvoir se ranger dans la catégorie des malades, à la mode, des neurasthéniques, ou des psychasthéniques, — les symptômes physiques étant primitifs et de beaucoup prédominants sur les phénomènes psychiques chez les premiers, tandis qu'ils ne sont pas, ou du moins très peu, marqués chez les psychasthéniques relativement aux manifestations intellectuelles.

Ces états morbides, fabriqués de toutes pièces comme nous l'avons dit, n'en sont pas moins essentiellement pathologiques, au sens vrai du mot; aussi faut-il faire comprendre au sujet, qu'en effet il est réellement malade, qu'il souffre certainement, mais que la cause elle-même n'est pas sérieuse, qu'aucun organe n'est essentiellement touché et qu'avec du temps et de la confiance, une issue favorable est assurée; et de même que l'hystérique — défini comme le comprend Babinski — peut défaire par suggestion ce qu'il a bâti par auto-suggestion, de même ces « artificiels », ces « psychasthéniques », peuvent par l'usage soutenu de leur volonté et de leur raison — et avec l'aide tutélaire du psychothérapeute expérimenté — anéantir l'édifice morbide qu'ils se doivent à eux-mêmes.

Trop souvent, d'ailleurs, le « sens fonctionnel » de l'état morbide du sujet n'est pas reconnu; aussi que d'obsédés, d'hystériques, de mélancoliques, de circulaires, d'abouliques arrivent à nos consultations de la Salpêtrière avec l'étiquette fatidique: neurasthéniques, et tous ces dyspeptiques, ces migrai-

neux, purement fonctionnels, entretenus et aggravés par des applications thérapeutiques mal appropriées, par méconnaissance du rôle psychique joué dans ces cas pathologiques, qui n'ont d'organique que la symptomatologie.

Les symptômes physiques, que présente le malade sont quelquefois beaucoup plus apparents pour un observateur superficiel que ne le sont les symptômes mentaux, si bien que l'on voit venir consulter des malades, qui ont été tout d'abord soignés pour l'estomac, comme atteints d'embarras gastrique non déterminé, puis sont devenus plus tard des neurasthéniques ; ce n'est que lorsqu'ils se mettent à « divaguer » franchement que l'on finit par s'apercevoir que « c'est plus sérieux qu'on aurait cru ». Ainsi un malade, après avoir été un sujet de simple pathologie, puis de neuropathologie, devient un cas de psychiatrie.

Ceci nous amène à cette considération : à savoir que ces deux branches de la pathologie, les maladies nerveuses et les maladies mentales sont reliées par une foule d'états intermédiaires où le physique et le moral en tant qu'états morbides sont associés en proportions variées, comme le fait se présente dans les types même les plus purs de l'un et l'autre groupe, et si l'importance de la neuropathologie, par les progrès qu'elle réalise, augmente de plus en plus, il n'est pas moins indéniable que l'intérêt de la pathologie mentale grandit avec le rôle qu'elle joue dans notre vie sociale.

Au même titre que la neuropathologie, la pathologie mentale doit dans ses grandes lignes, être connue de tous les praticiens : de nombreux liens relient la psychiatrie à la pathologie générale et il est aussi indispensable pour le malade et encore plus pour la Société, — de connaître les éléments de la médecine mentale, afin de savoir dépister à temps les états psychiatriques que d'être en possession des éléments d'ophtalmologie ou des notions de syphiligraphie, d'où découle la conduite à tenir. D'ailleurs ne sommes-nous pas obligé, dans nos consultations de la Salpêtrière, de faire acte tantôt de neurologiste, tantôt d'aliéniste.

Entre autres points de rapprochement, il est un fait qui nous a depuis frappé particulièrement à cause de la question si controversée de la psychothérapie, nous voulons parler de cette sorte « d'échanges de procédés » qui semble se prononcer entre les aliénistes et les neurologistes et qui se résout en ceci : l'application de plus en plus généralisée par ces derniers des méthodes thérapeutiques, qui étaient l'apanage exclusif des premiers.

Qu'il nous soit permis à ce sujet de faire une petite digression sur une question que nous étudions depuis plusieurs années tant au point de vue théorique qu'au point de vue pratique, celle de la psychothérapie, question qui cause tant de discussions par suite de l'absolutisme et de l'exclusivisme trop fréquents des promoteurs des diverses méthodes.

Placé comme nous l'avons été — et le sommes,

— pouvant juger, comparer et raisonner en toute indépendance, nous pouvons dire, avec notre maître Raymond, — qui n'a cessé d'insister à ce sujet dans ses si intéressantes leçons du mardi, — qu'il faut toujours être éclectique, n'être ni absolu, ni exclusif dans les moyens thérapeutiques, que l'on doit juger appropriés.

Il y a des hystériques, des neurasthéniques, des psychasthéniques et non pas une hystérie, une neurasthénie une psychasthénie et, au point de vue purement clinique, c'est un non-sens — dont on n'a que trop d'exemples — que de vouloir appliquer une formule thérapeutique à très peu près toujours identique, et on ne traite pas un aboulique comme un hystérique, un scrupuleux comme un neurasthénique ou un mélancolique. Aucune des méthodes — ou du moins érigées comme telles, — quelles qu'elles soient, appliquée à l'exclusion de toute autre, n'est à conseiller. Qu'il s'agisse d'isolement, de suggestion, de rééducation, d'hypnotisme, de cure, de repos, d'entretien psychothérapique, de magnétisme ou de persuasion, tous ces procédés peuvent être bons et réussir ou exécrables et désastreux comme résultats; l'unique question — et elle est capitale — c'est que le procédé soit approprié : savoir associer plusieurs méthodes en prenant à chacune ce qui convient au sujet, appeler à son aide en temps utile les moyens physiques ou allopathiques, capables de stimuler l'activité nerveuse, de façon à être armé à la fois contre le physique et le moral, c'est faire acte bien

simple en résumé, de psychothérapeute expérimenté et consciencieux; or, que faut-il pour avoir le droit de se poser comme tel? trois conditions sont à remplir : il faut être médecin, physiologiste et psychologue. Charcot n'a-t-il pas dit, dans la préface d'un ouvrage de Janet, qu'il fallait réunir ces deux genres de connaissances, les études médicales aux études philosophiques, et ces deux éducations pour essayer d'analyser cliniquement l'état mental d'un malade. Potain émettait, peu de temps avant sa mort, dans une de ses cliniques à la Charité, à peu près la même opinion, quand il disait qu'il faudrait que le « médecin du siècle futur soit doublé d'un psychologue subtil et d'un physiologiste expérimenté ».

Les liens étroits qui relient la neuropathologie à la psychiatrie, la similitude de nombreux symptômes, qui se présentent dans les divers états neurasthéniques, psychasthéniques, mélancoliques et autres analogues, expliquent aisément la difficulté d'un diagnostic certain. Un incident personnel avait attiré tout spécialement notre attention sur les états mélancoliques; ... (un jour que nous étions de garde à la Salpêtrière, nous étions mandé d'urgence, dans un des services, auprès d'une jeune femme, qui ne donnait plus signe de vie et qui, malgré tous les procédés d'usage mis en œuvre pendant plus d'une heure, ne put être sauvée; enfermée seule dans une chambre, elle avait pro-

fité d'un très court laps de temps, à l'heure du déjeuner, pour se pendre, elle était considérée comme neurasthénique, selon les symptômes qu'elle présentait). Nous avons été amené à étudier dans la mélancolie particulièrement les phénomènes hallucinatoires qui, selon nous, sont, si on sait les chercher, beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit généralement et peuvent, par leur présence, constituer un appoint important pour le diagnostic.

Que le professeur Raymond veuille bien recevoir ici l'assurance de notre sincère et profonde reconnaissance; il a été pour nous plus qu'un maître, il nous a toujours, avec une bonté, que nous n'oublierons jamais, aidé de son appui constant et de ses conseils; nous ne pourrons jamais assez le remercier.

Qu'il nous soit permis d'exprimer au docteur Pierre Janet notre gratitude pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, et les bons et judicieux conseils qu'il nous a donnés et grâce auxquels nous avons pu tirer profit de l'observation des sujets si curieux qu'il a daigné nous faire étudier dans « *son antichambre de l'asile* ».

Que le docteur Deny veuille bien agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance pour l'affectueux intérêt qu'il nous a toujours porté; grâce à lui, nous avons pu étudier, avec facilité, tous les malades de son service si intéressant, et réunir les éléments de notre étude.

Le docteur Voisin n'a cessé de nous prodiguer,

dans nos études mentales et en particulier dans la pathologie infantile, les conseils et les judicieux avis de son expérience consommée ; nous lui en gardons notre sympathique souvenir.

Nous tenons à exprimer ici nos sentiments d'estime et de gratitude profonde aux professeurs Brisaud, Dieulafoy, Déjerine, aux docteurs Sevestre, Campenon, Maygrier, Babinski, Félizet, Ballet, Triboulet, Beurnier, Gouget, Demoulin, Roubinovitch, qui, dans leurs cliniques et leurs services, nous ont toujours si bien accueilli et à qui nous devons tant.

Que les docteurs Guillain, Constensoux, Huet, Dupuy-Dutemps, Gellé, veuillent bien croire à notre amicale reconnaissance pour l'amabilité constante avec laquelle ils nous ont initié à la pratique des maladies nerveuses, de l'électrothérapie, de l'ophtalmologie et de la laryngologie ; ils ont bien voulu ainsi nous rendre un service que nous ne pourrions oublier.

Qu'il soit permis au « médecin » d'exprimer toute sa gratitude à ses maîtres de la Sorbonne et de l'Institut Pasteur pour les notions de physiologie et de biologie générales, qui lui ont été déjà si utiles dans sa pratique médicale.

Le docteur E.-B. Leroy a été, pour nous, un ami doublé d'un maître, dont le dévouement n'a d'égal que le savoir ; qu'il nous permette de lui adresser notre cordiale reconnaissance.

Les hasards de la clinique ont attiré notre attention sur un côté un peu spécial des phénomènes qui se présentent dans le cours des états mélancoliques : il s'agit de la fréquence, voire même de l'existence des hallucinations, question quelque peu controversée, qui nous a paru avoir un certain intérêt clinique.

Dans un premier chapitre, nous tentons de mettre au point ce que l'on doit entendre sous le nom d'hallucination, d'autant que l'illusion et l'interprétation délirante, se rencontrant fréquemment dans la mélancolie, il est capital de pouvoir établir un diagnostic certain des phénomènes hallucinatoires.

Le deuxième chapitre, est réservé à une revue rapide des phénomènes fondamentaux qui caractérisent la mélancolie et permettent seuls de la distinguer d'avec les états psychasthéniques et neurasthéniques : distinction quelquefois délicate.

Dans le troisième chapitre, nous entrons dans notre sujet même : — les hallucinations dans la mélancolie, en mettant en parallèle les opinions des divers

auteurs, qui ont envisagé cette question, appuyées de quelques-unes des observations que nous avons jugé intéressantes à rapporter et à joindre à celles que nous avons relatées :

de l'hallucination ;

hallucination, illusion et interprétation délirante ;

pathogénie de l'hallucination, théories ;

groupement des hallucinations : élémentaires, différenciées, verbales.

« J'ai vu, j'ai entendu aussi distinctement que je vous vois, que je vous entends » (Esquirol) : impressions hallucinatoires et impressions réelles, ayant pour base des objets, dont l'existence est affirmée par le témoignage juste des sens, sont donc adéquates pour le malade, qui s'exprime de façon aussi catégorique ; pas de distinction entre la perception normale et l'hallucination, d'où ce corollaire évident : l'*hallucination* n'est qu'une forme pathologique de la *perception*.

Pour qu'une perception soit vraie, normale, régulière, il faut, selon l'expression de Michéa, « non seulement qu'elle corresponde à la *présence actuelle* d'un objet existant, étranger ou inhérent à l'organisme humain, mais qu'elle soit la *copie fidèle* de cet objet » ; lorsque la première condition n'est pas remplie (et par suite la seconde), la perception est hallucinatoire ; la seconde vient-elle à manquer, il s'agit alors d'un trouble de la perception plus simple, que l'on dénomme communément : *illusion*.

L'hallucination peut être définie une *perception imaginaire*.

Par hallucination, dit Griesinger, on entend des images sensorielles, subjectives, qui sont projetées au dehors et qui, par là, deviennent objectivité et réalité. L'hallucination ressemble à la sensation, en ce qu'elle donne, comme la sensation, l'idée d'un corps agissant actuellement sur les organes ; elle en diffère en ce qu'elle existe sans objet extérieur. Elle est créatrice comme la conception, mais ce ne sont pas des idées qu'elle produit, ce sont des images ; images qui ont pour l'halluciné la même valeur que les objets (Leuret, frag. psych. sur la folie, p. 433).

Pour Esquirol, un homme, qui a la conviction intime d'une sensation actuellement perçue, alors que nul objet extérieur, propre à exciter cette sensation, n'est à la portée de ses sens, est en état d'hallucination.

Mais, comme Leuret le fait remarquer, l'hallucination ne consiste pas à croire que l'on sent, mais à « être impressionné, comme si l'on sentait ».

L'*illusion* est une perception fausse, inexacte d'un objet existant réellement, le présentant à la conscience sous une autre forme que la forme réelle : tel croit, par exemple, entendre des paroles injurieuses dans le chant des oiseaux ou le tic-tac de la pendule ; ce phénomène se présente quelquefois chez les individus normaux.

Illusion et hallucination ne sont donc qu'un trouble

psychologique, différant par le point de départ : l'illusion n'est qu'une hallucination, dont le point de départ est un phénomène extérieur manifeste, l'hallucination, une illusion, dont le point de départ est latent.

« *L'illusion*, comme on a coutume de le dire quelquefois, est à l'*hallucination* ce que la médisance est à la calomnie ».

Dans *l'interprétation délirante* la perception est exacte, mais le malade lui attribue un sens particulier en rapport avec ses préoccupations : tel l'exemple classique du coup de marteau qu'il interprète comme le montage de l'échafaud, auquel il est destiné.

En pratique, il est souvent difficile de savoir si l'on a affaire à une hallucination, une illusion ou une interprétation délirante.

Si, comme dit E.-B. Leroy, un malade raconte que dans la rue un passant l'a croisé, en faisant un signe non équivoque de mépris, comment juger s'il y a eu illusion, c'est-à-dire geste réel mal perçu, ou bien hallucination, c'est-à-dire si l'individu soupçonné n'a pas fait de geste du tout, ou bien, encore, s'il n'y a eu qu'une interprétation délirante. C'est toujours extrêmement difficile à démêler, vu qu'on ne peut vérifier.

Sans entrer dans l'étude approfondie du mécanisme de l'hallucination et dans la discussion des diverses théories qui ont été émises sur ce sujet ; il nous semble logique de les rappeler brièvement :

pour les uns, comme Jean Muller, le siège de l'hallucination se trouve dans l'organe des sens même : c'est la théorie sensorielle ou périphérique ; pour d'autres, l'hallucination est un phénomène purement intellectuel, d'idéation pure, cette théorie, dite psychologique, est la contre-partie de celle de Muller ; une théorie mixte, adoptée par Baillarger, fusionne ces deux théories, d'où son appellation de mixte ou psycho-sensorielle ; une autre enfin, la plus admise de nos jours, rapporte l'hallucination à un trouble fonctionnel, au fonctionnement automatique des centres corticaux (si l'excitation d'un centre de l'écorce, comme l'a montré Tamburini, est une condition nécessaire de toute hallucination, elle n'en est pas à la fois nécessaire et suffisante ; possible pour les formes élémentaires, elle exige dans les formes différenciées l'association de centres spéciaux et d'images qui font de l'hallucination un phénomène psychologique complexe).

On a souvent essayé de répartir les hallucinations en différentes classes, soit d'après leur étiologie, soit d'après leurs caractères intrinsèques.

On peut les grouper suivant qu'elles paraissent ou non en relation avec des phénomènes *physiologiques*, se produisant à la périphérie sensorielle : classification toute physiologique. On a proposé de prendre comme base la plus ou moins complète *extériorisation* des hallucinations ; c'était ainsi que Baillarger avait cru pouvoir fonder une classification sérieuse des hallucinations en prenant telle quelle

la classification des auteurs mystiques ; cette classification ne peut avoir qu'un intérêt documentaire, et, en outre, certaines de ses divisions renferment les phénomènes les plus disparates, dont beaucoup ne sont même pas des hallucinations ; aussi, ne peut-elle qu'entretenir des confusions regrettables et doit-elle disparaître de la nomenclature psychiatrique, comme le fait si judicieusement observer Séglas. (Congrès de psychologie, 1900).

Pour les besoins de la clinique, on a coutume de les grouper en trois catégories : élémentaires, différenciées et verbales ; c'est surtout pour les hallucinations de l'ouïe que cette classification est claire et particulièrement appropriée ; — hallucinations *élémentaires*, quand il s'agit de sons confus, indistincts, dénommés par les malades, tintements, bourdonnements ; — *différenciées communes*, s'ils rapportent le bruit entendu à un objet spécifié, tels les cris d'animaux, le sifflement d'une sirène, le bruit d'un moteur d'automobile ; — *différenciées verbales*, quand les sons entendus sont des voix, s'expriment par des mots articulés se rapportant à des idées et aussi nettement que « celles d'un interlocuteur réel », ces hallucinations auditives verbales sont des plus fréquentes. Wernicke réunit les deux premières catégories sous le nom d'*akroasmes* et désigne la troisième sous celui de *phonèmes*, les premières n'agissant sur l'esprit qu'autant que celui-ci les interprète, les phonèmes ayant, au contraire, une action directe.

On confond souvent en un seul groupe, sous le

nom d'hallucinations de la sensibilité générale, les hallucinations du tact, de la sensibilité thermique, de la sensibilité à la douleur.

Les hallucinations purement *sensorielles*, mises à part en un deuxième groupe, restent les hallucinations *motrices*, qui ne sont que la perception d'un mouvement imaginaire et constituent un trouble de sensibilité complexe; selon un processus fréquent en psychologie, la sensation tend à se transformer en actes, l'image motrice en mouvement : l'hallucination motrice devient impulsion; une catégorie importante, au point de vue clinique et psychologique, est celle si admirablement décrite par Ségla¹, des hallucinations motrices verbales qui se rapportent à la fonction du langage; leur interprétation varie suivant les malades; elles sont la manifestation d'une désagrégation avancée de la personnalité et impliquent en général un pronostic sérieux. Dans ce même groupe doivent être rangées les hallucinations psychiques de Baillarger, que Ségla démontra n'être pas auditives, mais motrices; il les qualifia de *psycho-motrices*, peut-être serait-il préférable de les dénommer verbales motrices ou, mieux encore, comme l'a proposé Pierre Janet, *trinesshésiques verbales*.

C'est un axiome en psychiatrie que « tout halluciné est dangereux »; tout dépend de l'état émotif; les débiles et déments surtout acceptent leurs hallucinations sans en chercher l'origine ou le méca-

nisme, à l'inverse d'autres, qui les attribuent à des interventions diaboliques ou à des grandes inventions du temps : appareils fantastiques, électricité, rayons X, N, etc.

Les hallucinations peuvent se rencontrer dans nombre de psychonévroses : on a même décrit, comme pouvant constituer un syndrome autonome, le *délire hallucinatoire*, caractérisé à la fois par la multiplicité et le caractère primitif des hallucinations.

Elles se manifestent dans les psychoses *infectieuses* : délire fébrile, infectieux... le malade croit voir des cortèges, peut frapper, s'enfuir ; — *d'épuisement*, comme la confusion mentale à forme délirante ; nombre des cas décrits comme délire hallucinatoire pourraient y être rangés ; — *toxiques* : intoxication alcoolique aiguë ou chronique surtout ; dans le *delirium tremens* les hallucinations, associées aux illusions constantes et parfois incessantes, sont pénibles et se combinent entre elles de façon à constituer des scènes, portent sur tous les sens, mais en particulier sur la vue, étranges, terrifiantes ; par contre, dans le délire systématisé alcoolique, il y a prédominance des hallucinations de l'ouïe et en particulier de celles de forme motrice.

On les rencontre dans la morphinomanie quelquefois, en rapport avec le degré d'intoxication, dans la cocaïnomanie, portant plus particulièrement dans le délire cocaïnique sur la vue et le sens musculaire, dans l'héroïnomanie, où elles se portent sur la sensibilité

génitale, — dans la grande classe des psychoses *par auto-intoxication*, aiguë ou subaiguë, par exemple dans la forme expansive ou pénible du délire urémique ou bien dans la psychose polynévritique.

Les hallucinations sont rares dans la catatonie, fréquentes dans la démence précoce délirante, où elles affectent tous les sens, en particulier la sensibilité génitale dans la forme persécutée, plus fréquemment psycho-motrices dans la variété mélancolique.

Dans le délire chronique, tel que l'a compris Magnan, les hallucinations portent sur tous les modes de la sensibilité, sauf la vue; dans la paralysie générale progressive, constantes (Ritti) ou du moins fréquentes (Wernicke), elles sont rares, selon d'autres auteurs (Magnan, Kraft-Ebing).

Elles peuvent se montrer à l'état d'épiphénomènes dans les affections cérébrales organiques.

Dans les psychoses *d'involution*, (la mélancolie mise à part, nous en reparlerons plus loin), les hallucinations se manifestent dans la démence sénile, où elles sont fréquentes dans la forme délirante; rares et passagères dans la manie délirante, elles sont absentes ou tout au moins extrêmement rares dans la folie raisonnante, paranoïa de Kræpelin.

On les rencontre enfin chez les psychopathes constitutionnels, chez les épileptiques où, multiples et combinées, elles constituent — comme dans le delirium — des scènes et des drames, associées à des idées délirantes et chez les hystériques, où elles

sont en rapport avec l'état mental et en particulier, comme l'a si souvent montré Pierre Janet, avec l'idée fixe :

de la mélancolie ;

phénomènes fondamentaux, la douleur morale, l'arrêt psychique ;

mélancolie sans délire, troubles de la volonté, de l'intelligence, de l'émotivité ;

avec délire, caractère secondaire, pénible, monotone, conceptions délirantes.

Parmi les psychonévroses, la mélancolie constitue un des syndromes les plus fréquents, les plus nets et les mieux connus : des plus fréquents par son étiologie même, qui la fait se montrer si souvent, en clientèle en particulier, mais qui, par contre, la fait confondre avec des états pathologiques présentant quelques points de ressemblance : tels les états neurasthéniques ou psychasthéniques ; des mieux classés par ses symptômes somatiques et psychiques très caractéristiques autant par leur présence même que par leurs rapports dans leur évolution et qui par leur réunion permettent seuls d'établir un diagnostic certain. La *mélancolie* est suivant l'expression de Séglas, une psychonévrose qui en plus de symptômes physiques d'une grande importance, est psychiquement caractérisée par la production d'un état *cénesthésique* pénible, par des modifications dans l'exercice des opérations intellectuelles, par un trouble morbide de la sensibilité

morale, se traduisant par un état de dépression douloureuse.

Les phénomènes fondamentaux sont : l'état émotionnel, la *douleur morale*; insuffisamment ou même nullement motivée, et les troubles de l'exercice intellectuel, « l'arrêt psychique, dit-on encore ».

A ces symptômes fondamentaux peuvent se joindre des *troubles délirants*, qui en résultent directement, leur sont secondaires ; la constatation de ces derniers symptômes sert à différencier d'une façon générale les états mélancoliques en *mélancolie sans délire* et *mélancolie avec délire*.

On constate le plus souvent, longtemps à l'avance, des symptômes prémonitoires plus ou moins nets, où les troubles intellectuels les plus élémentaires, caractérisés par l'impressionnabilité exagérée du sujet, une disposition fâcheuse à souffrir de tout, sont précédés par des symptômes physiques souvent très accentués, traduisant dans leur ensemble un trouble de la nutrition, un état d'épuisement parfois considérable, qui finissent par en imposer pour ce qu'ils sont, c'est-à-dire pour les manifestations d'une maladie sérieuse.

Céphalée, insomnie, constipation, anorexie, état gastrique en rapport sont les caractères essentiels au point de vue physique.

Nous parlons de la mélancolie proprement dite : nous mettons à part une foule d'autres états dans lesquels on peut rencontrer de la dépression phy-

sique ou morale rappelant plus ou moins celle des mélancoliques ; entres autres : les états proprement psychasthéniques dans lesquels on peut trouver angoisse, obsessions, préoccupations hypochondriaques, scrupule, auto-accusation, et même parfois des convictions délirantes proprement dites.

Il ne faut pas non plus considérer comme faisant partie de la mélancolie proprement dite les périodes de dépression de la folie circulaire : cliniquement ces états diffèrent de la mélancolie au moins le plus souvent par l'absence complète ou partielle ou le peu de symptômes physiques et aussi de convictions délirantes et le manque constant d'hallucinations.

Enfin doit surtout en être distinguée la neurasthénie, qui semble bien ne pas être une entité morbide, ni même un syndrome, car la plupart des cas de neurasthénie rentrent soit dans les états psychasthéniques, soit parfois dans la folie circulaire, soit parfois aussi dans la mélancolie, dont ils sont des formes frustes et atténuées (quelquefois même en ville on qualifie de neurasthéniques des malades atteints de mélancolie caractérisée avec convictions délirantes et tendance au suicide).

On oppose avec quelques raisons le mélancolique au maniaque, dont il est à peu près l'antithèse par le facies, le maintien et les manifestations extérieures de son état morbide ; le visage triste, morne l'air découragé et affaissé, dans une immobilité relative ou complète de la physionomie, traduisant

la souffrance et le désespoir, parlant peu, à voix basse, ne répondant qu'avec lenteur, brièveté. Le trouble fondamental de tout état mélancolique est, nous l'avons dit, d'ordre affectif dont la base est toujours la perturbation de l'état cénesthésique auquel sont subordonnés les sentiments, les tendances, les passions qui constituent les éléments de la vie affective, c'est ainsi que, selon l'expression de Maudsley, « l'effet d'un organe faible ou malade dérange le ton psychique et se traduit dans le cerveau par une irritabilité excessive, une disposition à l'émotion, en résumé par un état de malaise psychique ».

Cette *douleur morale*, cette dépression douloureuse, comme dit Schuele, est le symptôme le plus frappant de la mélancolie; elle tend, comme cela se produit dans l'état mental des hystériques (Pierre Janet) à envahir tout le champ de la conscience, qui, comme l'on dit, ne contient alors plus rien que *l'idée douleur* (Schuele). La douleur morale détermine chez le mélancolique un état d'anesthésie, de *dysesthésie psychique* (Ségla) « ses impressions se font contraires », il voit tout en noir; son humeur disait Griesinger devient négative. La douleur morale se traduit par un vague sentiment d'abattement ou de tristesse, d'inquiétude, d'anxiété même; tristesse et impuissance sont corrélatifs l'un de l'autre, comme M. Féré l'a bien mis en relatif, « la sensation de déplaisir se résout en une sensation d'impuissance ».

L'intelligence, la volonté, l'émotivité sont intéressées à des degrés variables et leurs troubles se manifestent, tantôt négativement, tantôt par des signes positifs. Par suite de troubles de la volonté on peut avoir à considérer l'apathie, l'irrésolution, la lenteur des mouvements, de la démarche, de la parole trainante et monotone, la négligence des occupations habituelles, de la toilette, l'immobilité, l'inaction, ou parfois, par moment, un besoin de mouvements sans but, tous, phénomènes d'aboulie, décrits déjà dans cette maladie par Guislain et qu'il faut se prémunir de considérer comme manifestations des états abouliques de Pierre Janet : les malades en arrivent à ne plus se lever, ne plus marcher, ne plus parler, par suite de la confusion dans les idées;... la cervelle est embrouillée, c'est « nébuleux », par suite des convictions erronées... persuadés que tout ce qu'ils font est mauvais, que ça va porter malheur à quelqu'un ou s'ils parlent, qu'ils vont dire des médisances, des horreurs; où des hallucinations continuelles, qui leur ont défendu ou leur défendent tel ou tel acte... je te défends... ou tu mourras... Comme signes positifs relevant des mêmes troubles on peut rencontrer les impulsions au suicide, l'homicide, quelquefois même ils peuvent être portés à tuer leur voisin, leurs enfants; il ne faut pas confondre ces impulsions avec les idées de suicide, justifiées par la douleur morale, et celles d'homicide, que l'on trouve chez ceux qui ont des convictions délirantes. Par réaction de la douleur

morale sur l'intelligence, il se produit un ralentissement psychique graduel, de la difficulté de l'attention, de passer volontairement ou involontairement d'une idée à une autre; ce qui entraîne l'obsession... hantés par l'idée de nuire à une personne, qu'ils aiment profondément, poussés à répéter continuellement les mêmes mots, la même phrase, puis la rumination mentale... ressassant toujours les mêmes idées, un petit nombre étant exclusivement à leur disposition.

Comme troubles de l'émotivité, on peut en avoir de simplement négatifs : diminution de l'émotivité, l'impression vague de ne plus ressentir comme avant... peuvent avoir aussi du dégoût, de l'indifférence n'éprouvant plus d'émotion suffisante pour s'intéresser à quoi que ce soit, impossibilité d'aimer, de haïr, surtout d'aimer, vont jusqu'à nier leurs émotions anciennes, n'ont jamais aimé leurs enfants, absence de marques extérieures de l'émotion, notamment de larmes, ne peuvent pas pleurer et s'en plaignent; par contre l'émotivité peut être manifestement troublée par de l'inquiétude vague sans cause ou pour des causes infimes, de l'angoisse, qui est la manifestation de l'attente incessante du châtiment et l'incertitude de son moment, de sa nature, de sa durée: « c'est le doute qui l'angoisse et, comme le dit Ségla, lui fait même souvent souhaiter une fin rapide au prix des plus cruelles souffrances; des terreurs sans causes justifiées ou non... vont rechercher dans le passé des faits, qui pour-

raient entraîner pour eux des conséquences fâcheuses, ont peur, quand on ouvre une porte, quand quelqu'un remue. On peut a fortiori considérer comme une forme un peu spéciale la forme dite anxieuse ; tandis que le déprimé concentre ses sentiments pénibles en lui-même, l'anxieux les manifeste et les traduit au dehors, mais à vrai dire anxiété et dépression ne sont que deux modalités d'un seul et même symptôme, la « douleur morale », élément essentiel de la mélancolie.

Les modifications intellectuelles s'installent progressivement, sourdement en quelque sorte (Séglas) ce qui permet aux malades de s'en rendre compte, d'avoir conscience du changement survenu dans leur individualité psychique, particularité qu'ils traduisent très bien, lorsqu'ils vous disent « ne plus se sentir comme avant, se trouver tout drôles » (locution chère aux scrupuleux, aux abouliques).

Dans la mélancolie, les troubles de l'idéation, envisagés d'une façon générale, sont de deux ordres, et peuvent intéresser soit la formation des idées, soit leur contenu ; l'apparition des troubles du contenu des idées caractérise les cas groupés sous le nom de mélancolie délirante.

On constate dans cette forme tous les troubles positifs et négatifs de l'intelligence, de l'émotivité, de la volonté que nous avons rencontrés dans la forme précédente, dite mélancolie simple, auxquels s'ajoutent les diverses conceptions délirantes et les hallucinations (les phénomènes hallucinatoires, qui, selon

nous, se présentent à des degrés différents dans les deux formes et qui, pour la généralité des auteurs ne se manifestent que dans la mélancolie avec délire, feront l'objet de recherches plus détaillées dans le courant de cette étude). Un fait important et sur lequel Séglas, dans ses leçons cliniques, a attiré l'attention, est que le *délire* est avant tout *secondaire*, qu'il ne naît pas d'emblée et qu'il n'est le plus souvent qu'une tentative d'interprétation de l'état d'anéantissement profond, de douleur morale ou des causes, qui l'ont produit ; le malade, disait Griesinger, se sent en proie, à la tristesse or il est habitué à n'être triste que sous l'influence de causes fâcheuses ; de plus la loi de causalité exige que cette tristesse ait un motif, une cause, et avant qu'il s'interroge à ce sujet, la réponse lui arrive déjà : ce sont toutes sortes de pensées lugubres, de sombres pressentiments, des appréhensions qu'il couve, qu'il creuse jusqu'à ce que quelques-unes de ces idées soient devenues assez fortes et assez persistantes pour se fixer au moins pendant quelque temps ; aussi ce délire a-t-il le caractère de tentatives que fait le malade pour s'expliquer son état... Une des caractéristiques du délire chez les mélancoliques est l'humilité, *l'auto-accusation*, le sentiment de leur incapacité à penser, vouloir, agir, de leur indignité... se considèrent comme des êtres incapables, méchants, indignes des soins qu'on leur donne, cette humilité se traduit dans l'attitude, la physionomie, les actes, d'où ce caractère de passivité et de résigna-

tion du délire des mélancoliques. S'ajoutent aussi les idées de *culpabilité* ... s'accusent de fautes ou de crimes imaginaires, ont oublié de faire le signe de croix en entrant dans une église, ont trompé leur femme ou leur mari; — les idées de *damnation* ... iront en enfer ou même s'y croient déjà, sentent les flammes, sont déjà damnés, ce qui implique des idées de négation; n'existent plus, sont morts, il leur manque des organes, le monde extérieur, le soleil ne sont qu'un mythe, la terre n'est plus qu'un fantôme; ces idées de *négation* ont été d'écrites par Cotard comme pouvant compliquer la mélancolie; en fait il s'agit de formes un peu spéciales, qui ne doivent pas être rattachées à la mélancolie, — enfin les idées de *possession* : ... ont un diable dans le corps, dans le ventre, dans le cerveau, qui les fait parler et agir, sont soumis à une puissance invincible, habitant en eux. A tort ou à raison on a voulu voir là le développement d'une personnalité nouvelle, parasite en quelque sorte à côté de la personnalité réelle du malade; le dédoublement de la personnalité serait alors le point de départ de l'idée de possession, sa fréquence dans les délires mélancoliques chroniques résulterait en somme de la désagrégation psychique.

Quoi qu'il en soit de ces interprétations théoriques, un des facteurs, qui au point de vue clinique, paraît jouer le principal rôle dans la genèse et l'évolution des convictions délirantes de possession, c'est l'hallucination verbale motrice avec ou sans impul-

sion verbale : le sujet sentant quelque chose qui parle en lui-même, qui, agite sa langue pour la faire parler, est tout naturellement tenté de considérer ce quelque chose comme quelqu'un, comme une personnalité distincte de lui-même, ayant des idées et des tendances non seulement autres que les siennes, mais même opposées.

*les hallucinations dans la mélancolie ;
opinions de divers auteurs ;
différentes sortes d'hallucinations qui se présentent ;
pathogénie de ces hallucinations dans la mélancolie ;
des phénomènes hallucinatoires post-mélancoliques.*

Nous avons à dessein passer sans insister sur les manifestations hallucinatoires dans les états mélancoliques, nous réservant de traiter ce sujet un peu plus longuement que nous n'aurions pu le faire dans notre court aperçu sur la lypémanie.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans nos consultations de la Salpêtrière, un nombre assez considérable de mélancoliques, présentant des hallucinations, tandis que d'autres parcourent toutes les phases de la maladie sans jamais en présenter.

L'existence et la fréquence des hallucinations dans les états mélancoliques est quelque peu controversée. Il est d'autant plus important et intéressant de bien reconnaître l'hallucination que l'illusion et l'interprétation délirante sont très fréquentes chez les mélancoliques.

On admet, généralement, qu'on ne les rencontre pas dans la mélancolie avec conscience et sans délire ; que les mélancoliques avec délire puissent avoir des hallucinations est un fait reconnu par la plupart des auteurs d'autant que délire et hallucinations ont d'intimes rapports.

Hippocrate citait un cas de mélancolie avec terreurs et visions. Arétée, outre les bourdonnements et tintements d'oreilles, parle d'hallucinations moins élémentaires, telles que le son des flûtes ou le chant des oiseaux. Celse, Galien en citent aussi des exemples, (à noter que la mélancolie des anciens avait des limites excessivement étendues considérant comme mélancolie toute folie triste). Sauvage, Pinel et Esquirol relatent quelques faits intéressants sur ce sujet, ce dernier surtout s'étend sur l'étude des troubles sensoriels et de la mélancolie, qu'il dénomme lypémanie. Guislain dit que les hallucinations se manifestant après une mélancolie, qui a duré plus ou moins longtemps, est un signe d'incurabilité. A l'exemple d'Esquirol, Marc fait une distinction entre les illusions et les hallucinations, disant que, lorsqu'elles accompagnent le délire, elles peuvent le précéder ou être consécutives, en faisant remarquer, qu'il a rencontré plus fréquemment les hallucinations de l'ouïe.

Baillarger, au sujet des rapports de la mélancolie et des hallucinations, décrit deux sortes d'hallucinations : celles dans lesquelles il y a au point de vue pathogénique une double action de l'imagination et

des organes des sens ou hallucinations psycho-sensoriels et celles dans lesquelles, pour l'auteur, l'imagination entrerait seule en action ou hallucinations psychiques, que Ségla a dénommées psycho-motrices. Briere de Boismont, Michéa, surtout, dans son mémoire à l'Académie, considèrent les troubles sensoriels comme jouant un rôle considérable en particulier dans la lypémanie et dont le pronostic est d'autant plus sérieux qu'elles sont postérieures à l'accès délirant.

Griesinger les mentionne en faisant remarquer qu'elles sont surtout fréquentes dans la stupeur mélancolique. Marcé signale la répercussion des troubles sensoriels sur le délire et les actes du mélancolique. Schuele a étudié les erreurs des sens, illusions et hallucinations et attachait une grande importance à la présence des hallucinations en tant que pronostic.

Falret avait conclu qu'on ne rencontre, dans la mélancolie avec conscience, jamais d'hallucinations, qu'il y a absence complète de conceptions délirantes vraies et de troubles sensoriels. Ball avait insisté sur ce fait en ajoutant que cette absence distingue, selon lui, nettement ces malades de la plupart des autres aliénés. Dans sa thèse sur la mélancolie survenant après la ménopause, Bruant arrive aux mêmes conclusions. Après Saury, Revertégat admet que les hallucinations, toujours absentes dans la mélancolie sans délire, se présenteraient fréquemment par ordre de gradation dans les formes dépres-

sives simples, puis avec stupeur, enfin anxieuse, selon la statistique qu'il en a dressée. Ségla avec Londe, puis dans ses *Leçons de Clinique*, émet l'opinion que les hallucinations sensorielles sont relativement rares et qu'en ce qui regarde les hallucinations verbales notamment, les motrices sont beaucoup plus fréquentes. Pour Roubinovitch et Toulouse, les troubles hallucinatoires peuvent affecter les centres cérébraux sensoriels ou les centres moteurs.

Anglade et Ballet (*in traité de pathologie mentale*) ne parlent que très superficiellement de ces hallucinations dont ils signalent la présence, dans la mélancolie, avec les illusions.

Les hallucinations peuvent dans la mélancolie se présenter sous toutes les formes et affecter les différents centres sensoriels ou moteurs : hallucinations le plus généralement d'un caractère pénible, terrifiant : sous un masque immobile, des illusions et des hallucinations incessantes peuvent accompagner un délire très actif.

On peut avoir des hallucinations du *goût*, de l'*odorat*... ils puent, ils empestent tout le monde... se plaignent de sentir perpétuellement des odeurs nauséabondes... on leur envoie des émanations insupportables... on leur fait manger des excréments... tout la sent... d'où manifestations de défense se traduisant par l'obstruction de la bouche, du nez avec du coton, du papier et comme conséquence grave le refus d'aliments ; de la *sensibilité générale*... éprouvent

à tout moment des sensations bizarres de frôlements, de pressions, de souffles, se sentent emprisonnés entre des mailles de plus en plus serrées et compliquées ont l'impression d'une flamme léchant leur poitrine, d'une fourrure de chat leur passant sur le corps ; la sensibilité génitale comme le fait remarquer Séglas, peut être aussi atteinte : au moyen âge, fréquents étaient les mélancoliques incubes et succubes.

、 D'abord élémentaire, l'hallucination, *auditive*, par interprétation du sujet, passe de l'état de bruits et de sons vagues à celui d'auditive verbale, sous forme de voix presque toujours insultantes, grossières, menaçantes annonçant des événements terribles ou accusant le malade de forfaits divers, dont le plus souvent d'ailleurs il n'hésite pas à se reconnaître coupable, reconnues comme venant, par exemple, de l'entourage, l'entretenant de ses préoccupations habituelles, professionnelles au sens large du mot, dans le genre des aboulies professionnelles de Pierre Janet. Au cas de dédoublement de sa personnalité, le mélancolique, assistant lui-même à cette dissociation psychique, dit qu'on « lui vole ses pensées » ; une voix « répétant à son oreille ce à quoi il songe » ou encore il y a « comme un dialogue entre le sujet et des personnes imaginaires ».

D'habitude bilatérales, les hallucinations peuvent être unilatérales ; on assiste aux phénomènes suivants : à droite ce sera des voix pénibles, à gauche des voix gaies et consolantes, des hallucinations pénibles et d'autres agréables peuvent alterner suivant

le mode « d'attaque et de défense ». Actes impulsifs, dangereux pour l'entourage, tentatives de suicide sont souvent la conséquence de troubles hallucinatoires auditifs.

Après l'ouïe, le sens le plus souvent atteint par l'hallucination est celui de la *vue*.

Une question importante au sujet des visions est celle d'être prémuni contre l'existence d'un état pathologique, étranger à la mélancolie, comme causes de ces hallucinations : l'hystérie en particulier l'alcoolisme, la démence organique peuvent leur donner naissance et occasionner une interprétation erronée. La présence des hallucinations visuelles a pour effet d'augmenter l'anxiété. Quelquefois élémentaires : comme points rouges ou noirs, flammèches, — d'autres fois différenciées... présentant des personnages, des scènes complexes, ces hallucinations sont, elles aussi, toujours d'un caractère pénible : croient voir perpétuellement des fantômes, des monstres qui évoluent continuellement... le diable avec tous ses attributs : cornes dorées, costume rouge, doigts crochus et une queue... se croient dans des cimetières, voient des feux follets ou bien du sang, des flammes, se trouvent au milieu d'un incendie, lueurs, pompes à incendie, trombes d'eau : le tableau au complet quelquefois.

On observe aussi des hallucinations visuelles verbales... voient des mots écrits, comme cette malade de Séglas, qui après avoir entendu par l'oreille la voix de Dieu, qui lui a dit une fois : « Tu es maudite »,

a vu ces mots écrits nettement sur le mur. Tout le monde connaît les mots fameux Mane, Thecel, Pharès, que les convives virent apparaître au festin de Balthazar.

Enfin, et ce ne sont pas les moins intéressantes, on peut observer fréquemment des hallucinations *kinesthésiques*. Les troubles de la sensibilité générale et viscérale ne sont pas rares chez les mélancoliques, notamment chez ceux qui délirent dans le sens hypochondriaque, et ne sont souvent que de simples hallucinations communes ; elles peuvent aller jusqu'à l'impulsion, lorsque ces malades accusent des sensations d'arrêt, de déplacement et disent se sentir entraînés ou empêchés dans l'accomplissement de certains actes. A côté de ces hallucinations communes — plus fréquemment, selon Ségla, — on rencontre la forme verbale atteignant quelquefois son plus haut degré d'intensité sous l'aspect d'impulsion verbale lorsque, par exemple, les malades ont en même temps des idées de possession (obs. N. B.). Dans de nombreux cas, selon Ségla, le centre moteur lésé est celui de l'articulation des mots — hallucinations psycho-motrices de Ségla — voix intérieures de l'épigastre, du cou ; les hallucinations verbales motrices sont souvent une des conditions psychologiques du dédoublement de la personnalité.

Il faut noter, selon l'expression de Schuele, que les hallucinations véritables ne sont pas aussi fréquentes dans les mélancolies pures que les pseudo-

hallucinations — en tant que verbales, psychomotrices — et les illusions...

La pathogénie des hallucinations dans la mélancolie est quelque peu obscure ; on peut supposer que le manque de contrôle du cerveau à la régularisation des excitations des centres d'images sensorielles et motrices, entraîne comme conséquence une sorte de déséquilibre des centres psychiques qui sont livrés à l'automatisme, à l'instar de ce qui se passe dans l'état mental des hystériques, si bien étudié et approfondi par Pierre Janet. Il semble donc que l'hallucination et l'extériorisation des sensations soient une simple conséquence de l'exercice incoordonné et involontaire des facultés intellectuelles.

Après cette vue d'ensemble sur l'opinion des divers auteurs sur le genre d'hallucinations qui peuvent se manifester au cours de la mélancolie, nous ne pouvons mieux faire que relater quelques observations d'aliénistes du siècle dernier, se rapportant particulièrement à ce sujet ; mises en parallèle avec celles que nous avons pu recueillir dans le service du Dr Deny, elles feront mieux comprendre que si, comme la généralité des auteurs, nous admettons la fréquence des hallucinations dans la mélancolie avec délire, par contre, nous pensons peut-être exagéré de ne pas reconnaître leur présence dans la mélancolie simple et de faire du délire une condition presque *sine qua non* de l'hallucination.

Pour ce qui est de ce que nous avons dénommé « phénomènes hallucinatoires post-mélancoliques », nous n'en avons trouvé, dans la littérature psychiatrique, que des exemples peu nets et superficiellement observés. Certains auteurs cependant, comme Guislain par exemple, ont attiré l'attention sur ce fait : que l'on peut rencontrer des « hallucinations » après des accès de mélancolie, à durée plus ou moins persistante, et que leur manifestation postérieure à ces accès, entraîne un pronostic généralement sérieux. D'autres comme Marc, Michea, ont traité assez longuement cette question de la « postériorité » des hallucinations en les considérant toujours comme exclusivement « dépendant de l'accès délirant ». Les hallucinations perdent de leur importance à mesure que le délire diminue d'intensité, soit que le malade entre en convalescence, soit qu'il tombe dans la démence : dans ces deux cas, elles peuvent persister plus ou moins longtemps, sans exercer aucune influence sur son émotivité, ni sur ses réactions : telle est la thèse généralement reconnue. Or, les faits que nous avons observés et, en particulier, l'étude du sujet (N. X., dont nous relatons plus loin l'observation), nous semblent infirmer ces conclusions exclusives qui semblent ne pas considérer possible l'existence de « phénomènes hallucinatoires » post-mélancoliques, indépendants des accès délirants et sans pouvoir réactionnel en dehors d'eux.

MICHEA (p. 207). — *Dépression mélancolique avec hallucinations de la vue et de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale.*

Jeune négociant de famille considérée se vit contraint de déposer son bilan par suite de circonstances malheureuses, indépendantes de sa volonté. Une profonde mélancolie fut le résultat de cette triste nécessité ; elle dégénéra bientôt en idée fixe. Ce jeune homme s'imaginait avoir imprimé une tâche indélébile à sa famille ; il se reprochait amèrement, et cela sans aucune espèce de fondement, d'avoir fait manquer le mariage d'une de ses sœurs. Or, la nuit, au sein de cruelles insomnies, il voyait les croisées et les portes de sa chambre à coucher s'ouvrir d'elles-mêmes ; il apercevait le spectre d'un de ses principaux créanciers qui s'avancait d'un air menaçant auprès de son lit ; il entendait tomber de la grêle sur le parquet, il sentait une main invisible qui lui comprimait le col ou qui le tirait par sa chevelure. Le jour, quand il marchait dans la rue, le spectre était toujours à ses côtés, et souvent, lorsqu'il voulait ouvrir une porte, il éprouvait une résistance qui lui faisait croire que le fantôme tirait la porte en sens inverse. Le malade étant parvenu à se faire relever de sa faillite, les hallucinations disparurent avec la cause qui les avait produites.

BAILLARGER (t. I., p. 89). — *Mélancolie avec stupeur et hallucinations de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale.*

M. B..., âgé de 25 ans, chef de bureau dans une administration, fut amené à Charenton le 12 août 1833. Ce jeune homme avait déjà eu antérieurement deux accès, l'un à quinze ans, l'autre à vingt-deux ans ; le premier avait duré six semaines, le second quinze jours seulement. Il résulte, des renseignements donnés par la famille, que B... entra à peine en convalescence d'une fièvre intermittente, qui s'était prolongée

pendant six semaines, lorsque ce troisième accès a éclaté tout à coup sans cause connue, après quelques jours d'une violente céphalalgie. Les symptômes du début ont été ceux d'une fièvre cérébrale ; il y a eu des convulsions qui sont revenues à plusieurs reprises pendant trois semaines. Le malade était dominé par des idées de suicide. Il a essayé de se frapper avec des instruments tranchants, de se précipiter par une fenêtre, il a avalé un sou dans l'espoir de se donner la mort, mais cette tentative n'a été suivie d'aucun accident. Bains, sangsues, saignées sans obtenir d'améliorations.

A son entrée à Charenton, le malade est dans l'état suivant : teint pâle, yeux fixes, largement ouverts, ordinairement tournés vers la terre. La physionomie a perdu toute expression et dénote une profonde hébétude. B... passe sa journée assis à la même place dans un état complet de mutisme et paraît étranger à tout ce qui l'entoure. Quand on l'interroge, il faut parler à voix haute et répéter plusieurs fois les questions pour obtenir quelques monosyllabes prononcés lentement et à voix basse. Veut-on le faire promener, il semble craindre de tomber, il se retient aux poteaux, aux murs, aux personnes qui sont près de lui ; sa démarche est d'ailleurs très lente. La seule preuve d'activité qu'il donne est la résistance qu'il oppose lorsqu'on le conduit au bain. Souvent aussi, dans la journée, il regagne son lit et se couche. La mémoire paraît complètement abolie. La stupeur de M. B... est poussée à ce point qu'on est obligé de le faire manger ; sa malpropreté est d'ailleurs si grande, qu'il a fallu substituer aux vêtements ordinaires la longue blouse de toile des gâteux. La sensibilité est obtuse, mais persiste ; le sommeil est prolongé, l'appétit très grand.

Peu de temps après l'entrée du malade, M. Esquirol lui fit mettre un large vésicatoire sur la nuque. Bientôt M. B... se plaignit du mal que lui faisait cet exutoire, et, dès ce moment, il commença à aller un peu mieux. Ses réponses sont plus longues, sa voix plus forte ; il ne peut, dit-il,

débrouiller ses idées ; il a quelque chose qui le gêne. La physionomie conserve d'ailleurs son caractère d'hébétude ; la malpropreté est toujours la même. Parfois le malade rit aux éclats en regardant un aliéné vêtu comme lui d'une longue blouse de toile. Le 15 octobre, le mieux devient plus tranché. L'excrétion des urines et des matières fécales cesse d'être involontaire. On apprend que M. B... est musicien ; on l'engage à reprendre son violon, et, quoique son intelligence soit encore très embarrassée, il obéit et, dès lors fait chaque jour de la musique pendant plusieurs heures. Je le quittai dans cet état aux premiers jours de novembre et, quand je le revis, au mois de décembre, il était complètement guéri. Au lieu de l'aliéné stupide que j'avais laissé, je retrouvai un jeune homme d'une physionomie ouverte et animée, d'une instruction solide et variée. Je tenais beaucoup à savoir quel avait été l'état intellectuel pendant les trois mois d'hébétude et de stupeur. Sous ce rapport, je ne pouvais m'adresser à un malade plus intelligent et plus capable d'analyser ses impressions et s'en rendre compte. Je l'amenai à me parler de ce sujet et j'en obtins sans peine les détails suivants :

L'état dans lequel M. B... est resté pendant trois mois ne peut mieux être comparé qu'à un long rêve. Autour de lui, dit-il, tout s'était transformé. Il croyait à une sorte d'anéantissement général. La terre tremblait et s'entr'ouvrait sous ses pas ; il se croyait à chaque instant sur le point d'être englouti dans des abîmes sans fond. Il se retenait aux personnes qui étaient près de lui, pour les empêcher de tomber dans des précipices semblables à des cratères de volcans. M. B... prenait la salle des bains de Charenton pour l'enfer et les baignoires pour des barques, il croyait que tous ceux qui étaient avec lui se noyaient. Il lui semblait, depuis la dernière saignée, que son sang n'avait pas cessé de couler dans la terre. Son vésicatoire de la nuque était devenu pour lui la marque des forçats, il se croyait à jamais déshonoré par ce signe d'infamie. Il ne pouvait s'expliquer ce qu'étaient

ces personnages bizarres dont il était entouré ; il avait fini par voir en eux des morts ressuscités. Il apercevait son frère au milieu des supplices : il entendait sans cesse les cris de ses parents qu'on égorgeait et qui imploraient son secours ; il distinguait surtout la voix de son oncle, son bienfaiteur ; chaque cri pour lui était un coup de poignard. Des détonations d'armes à feu éclataient de tous côtés ; des balles traversaient son corps sans le blesser et allaient tuer d'autres personnes. Dans son esprit, tout était chaos, confusion, bouleversement. Il ne distinguait plus les jours et les nuits ; les mois lui semblaient des années, etc. ; il s'accusait, d'ailleurs, de tout le mal qui se disait, et c'est pour cela qu'au début il a tenté plusieurs fois de se tuer. Plus il souffrait, plus il était content ; car il regardait ses souffrances comme une juste expiation de ses crimes. Lorsqu'il commençait à aller mieux, une lettre de son frère lui fit, dit-il, beaucoup de bien en le ramenant à des idées plus justes sur sa position...

MICHEA (p. 246). — *Mélancolie anxieuse avec hallucinations de la vue.*

M^{me} M..., ouvrière en dentelles, âgée de quarante-neuf ans, veuve et ne comptant point d'aliénés dans sa famille, avait conçu une violente passion pour son confesseur, passion qui la rendait d'autant plus malheureuse qu'elle n'avait aucun espoir de lui faire partager... ce prêtre ayant refusé de donner de l'ouvrage à M^{me} M... comme il lui en fournissait habituellement, celle-ci en éprouva un très grand chagrin. Bientôt elle se croit coupable, elle s' imagine que la police est à sa poursuite, ... entre en maison de santé, la lypémanie se trouvant à son comble ; elle aperçoit presque constamment à ses pieds la corde, qui doit servir à l'étrangler et le cercueil préparé pour recevoir son cadavre.

REVERTÉGAT (p. 91). — *Mélancolie anxieuse ; hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale.*

M^{lle} C..., âgée de 21 ans, réglée pour la première fois à 13 ans, n'a jamais présenté aucun trouble mental, lorsqu'elle fut prise un jour brusquement d'un accès de mélancolie anxieuse avec prédominance d'idées de persécutions et hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. Elle exprime des craintes que les anarchistes ne fassent sauter la maison qu'elle habite ; on l'accuse de fautes qu'elle n'a pas commises. Puis elle se croit enceinte et prétend sentir l'enfant remuer. C'est dans cet état que nous voyons la malade pour la première fois. Quelques jours après son entrée, elle crût apercevoir, couché dans le lit de sa femme de chambre, un jeune homme qu'elle connaît et auquel elle est fiancée ; cette hallucination de la vue se répète plusieurs nuits consécutives.

DAGONET (p. 239). — *Mélancolie anxieuse ; hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale.*

X... s'est converti du catholicisme au protestantisme ; un de ses frères est mort idiot ; on l'a toujours regardé comme un esprit faible et impressionnable. Les symptômes de l'aliénation mentale se déclarèrent chez lui à la suite de chagrins violents ; il se croit possédé du diable. Le démon lui conseille de tuer sa femme, une de ses filles et de se détruire. Il souffre d'une céphalalgie intense, et prétend avoir dans la tête une fournée de diables ; il se dit l'antéchrist et prédit que le monde n'existera plus dans quinze ans. Les objets se transforment à ses yeux en fantômes bizarres, les couleurs sont changées : ce qui est bleu, lui paraît rouge ; la lumière du jour lui semble toujours terne, de couleur verte ou brune ; il éprouve dans les membres quelques secousses spasmodiques ; des nuées d'oiseaux voltigent au-dessus de lui ; il se figure qu'il existe derrière sa tête une sorte de grosseur qu'il veut à toute force

nous faire sentir ; c'est dans cette tumeur que se logent les diables. Il voit dans certains moments comme une pluie de sang ; le démon lui répète qu'il est damné ; il ne cesse de lui crier qu'il n'y a plus de Dieu, que le monde va s'abîmer, etc.

N. B. — *Mélancolie avec anxiété et délire, convictions délirantes de possession, hallucinations verbales kinesthésiques.*

N. B..., mariée à 30 ans, a eu cinq enfants : le premier est né en 1863 ; le deuxième, né en 1865, a toujours été malade et est mort à 6 ans ; la troisième, née en 1870, chétive, pas nerveuse ; le quatrième, né en 1873, pas nerveux, robuste ; le cinquième, né en 1875, bien portant.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou collatéraux.

Elle paraît avoir eu une première attaque de mélancolie vers l'âge de 26 ans, peut-être avec délire et hallucinations verbales, comme actuellement, mais sans qu'on puisse l'affirmer, car il est fort difficile de démêler, dans les propos qu'elle tient maintenant, ce qui est souvenir véritable et ce qui est délire rétrospectif.

N. B..., actuellement âgée de 69 ans, est malade depuis environ six semaines ; deux ou trois jours avant Noël, son humeur a commencé à changer ; le jour de Noël, elle était triste, elle faisait pourtant son ouvrage encore assez bien, mais, à ce que dit son mari, elle était distraite et préoccupée et, peu à peu, elle ne put rien faire. Quelques jours après le jour de l'an, son mari lui apportant sa paye : « C'est pas l'argent, lui dit-elle tristement, qui fait le bonheur. »

Depuis huit jours seulement, il s'est aperçu qu'elle divaguait ; vers la fin de la semaine dernière, elle a commencé à dire, en montrant son côté droit, « qu'on lui parlait là-dedans » ; dans la nuit, elle se réveillait brusquement et disait : ça parle là-dedans... c'est un diable qui est là-dedans...

Elle déraisonnait surtout la nuit ; le jour, elle était parfois plusieurs heures bien ; la nuit, elle se réveillait en sursaut.

Un soir, il y a environ huit jours, elle quitta son mari en disant qu'elle allait chercher du lait ; elle revint au bout de quelques instants en disant qu'il n'y en avait pas ; en réalité, elle était allée chez le pharmacien acheter une drogue pour s'empoisonner. Vers minuit, elle se mit à vomir ; son mari l'interrogea, elle ne répondit pas. Il trouva la bouteille ; elle lui dit alors : « Je l'ai fait pour mourir, j'ai manqué mon coup, mais je mourrai, je mourrai... Tiens, voilà ce que j'ai écrit, et elle lui donna un morceau de papier sur lequel il y avait :

« Mon cher B

« M cher enfant

« je vous, quite a regret

« je ne peut plus vive

« je nai plus bonne

« pences [pensées] pardon »

La nuit de mardi à mercredi dernier, tremblements, anxiété, grands mouvements : « c'était comme si elle était enragée, elle faisait semblant d'arracher ses vêtements. »

Une fois, elle répondait à ses voix : « Non, je ne mourrai pas... qu'est-ce qu'ils ont à dire tout ça. »

Le 16 février, elle entre dans le service de M. Deny, avec le certificat suivant :

N. B. — 13 février 19.., présente des troubles mentaux caractérisés principalement par de la dépression mélancolique avec convictions délirantes de possession (elle se croit au pouvoir d'un démon habitant l'intérieur de son corps) hallucinations verbales motrices (le démon qui l'habite lui tient des discours orduriers) impulsions verbales (sa langue remue malgré elle dans sa bouche et le démon lui fait prononcer des paroles obscènes) et impulsions au suicide, qu'elle avoue en

outre avoir fait, dans la nuit du samedi au dimanche 8 février 19.., une tentative de suicide par empoisonnement et que cet état nécessite son placement dans un établissement spécial.

Signé : D^r E.-B. LEROY.

17 février 19.., — Immédiat.

Est atteinte de dépression mélancolique avec idées de possession, hallucinations verbales motrices, désir de la mort, etc..

Signé : D^r DENT.

Le lundi 23 février 19.. paraît extrêmement déprimée et légèrement angoissée; lorsque je commence à l'interroger, elle me répond : « Je ne peux pas dire ce que je veux... tout parle en moi en mauvaiseté, en saleté... » et elle se met à pleurer. — Pourquoi pleurez-vous? — Vous allez voir sur le journal, mon mari s'est suicidé, c'est là que ça me l'a dit (elle montre son flanc droit) vous allez regarder le journal, je ne l'ai pas vu moi. — Et qu'y a-t-il encore? — Qu'est-ce que je vais devenir quand je n'aurai plus d'argent... mon mari aussi et ma fille, tout ça est mort par rapport à moi, puisqu'ils sont venus de moi». Elle explique qu'elle a senti d'abord vers le mois de février « comme si le démon lui travaillait dans la tête », un peu plus tard, dit-elle, j'ai senti comme si c'était le démon qui me parle. Les paroles qu'elle sentait lui paraissaient localisées dans l'hypochondre droit. Elle explique assez clairement qu'elle les sentait mais ne les entendait pas, et très vite elle arriva à cette opinion qu'il y avait quelqu'un de logé là dans son côté, mais sans savoir au juste, toutefois, si c'était le diable, comme elle l'avait cru d'abord ou... un curé de village qu'elle avait connu jadis ce curé joue d'ailleurs un rôle important dans le délire de N. B.

La voix l'invite à faire le mal et parfois à proférer de grossières injures, d'après son mari elle aurait senti en outre une

voix qui lui déconseillait de faire ce que lui disait la première, mais, en tous cas, c'est la première qui est de beaucoup la plus forte et la plus fréquemment perçue. Parfois elle lui répond disant : « Non, je ne le ferai pas, non je ne le dirai pas, non je n'irai pas ». Quelquefois aussi elle dit comme se parlant à elle-même : « Je vas m'étrangler, je recommencerai encore » ou bien je ne recommencerai pas.

Quant à l'auteur des paroles qu'elle perçoit ainsi, elle le désigne le plus souvent par le pronom « on » n'étant pas absolument fixée sur son identité.

Parfois elle pense que ce doit être un ancien curé de son village, qui paraît avoir joué un rôle dans son premier accès de mélancolie, il y a 44 ans.

Souvent elle est persuadée que c'est un démon qui habite ainsi en elle étant donnés les propos qu'il tient : si à ces accusations elle réplique : « à tout péché miséricorde » il lui dit qu'elle a *renoncé à Dieu* et, dit-elle, on ne dit pas Dieu, bien sûr, on dit « ton taureau » car c'est sous ce nom que, paraît-il, on désigne Dieu dans l'enfer...

Cet état se maintint à peu près stationnaire pendant plusieurs mois et la reproduction des autres interrogatoires n'offrirait aucun intérêt; cependant, l'anxiété allait en diminuant, mais les voix persistaient encore, enfin le 16 juillet, M. le docteur Deny la remit en liberté avec le certificat suivant :

16 juillet 19.. (de la même année). — Sortie.

Ne présente plus d'idées délirantes, ni de troubles sensoriels. Peut être considérée comme guérie et autorisée à sortir définitivement.

Signé : D^r DENY.

N. X. — *Mélancolie avec délire, convictions délirantes de culpabilité, hallucinations de l'ouïe, obsédantes, ayant persisté après la disparition des phénomènes délirants* (1).

N. X., porteuse de journaux, âgée de 36 ans; la maladie, d'après les renseignements donnés par son mari, aurait débuté au mois de mars 19... ; vers la fin de l'année précédente, le mari était tombé malade d'une congestion pulmonaire qui dura environ cinq mois, sur lesquels il ne resta couché que quinze jours environ. N. X. se surmena beaucoup pendant la maladie de son mari; elle fut, en outre, extrêmement frappée, le médecin lui ayant dit qu'il était perdu. Mais, pendant les derniers mois, elle s'occupait beaucoup moins de lui, négligeait son ménage et allait sans cesse voir sa sœur; elle y passait même souvent la nuit; celle-ci, à cette époque, ne la considérait pas comme malade, mais seulement comme fatiguée; on ne s'aperçut qu'elle commençait à divaguer que dans la dernière quinzaine de la maladie. « Elle a commencé alors à dire des bêtises », dit son mari; elle disait « qu'elle était enceinte du médecin qui m'avait soigné ». D'autres fois, elle disait qu'il voulait la prendre pour maîtresse, et qu'elle ne voulait pas. M. B..., dit-elle, une fois, a voulu me prendre pour maîtresse et maintenant il veut me faire disparaître; sa sœur lui demandant pourquoi il voulait la faire disparaître, elle répondit que c'était parce qu'elle était de trop, d'ailleurs, elle supplia sa sœur de ne pas répéter cela, « parce que, dit-elle, s'il l'apprenait, il mettrait le feu aux quatre coins de la Plaine (Saint-Denis), tu sais, c'est un homme à faire ça ».

Elle se reprochait des fautes, mais elle n'a jamais voulu dire lesquelles et répondait, quand on l'interrogeait sur ce point : « C'est un crime que Dieu ne pardonne pas, j'ai péché par orgueil, j'ai violé la majesté de Dieu ».

(1) Observation (en collabor. avec le docteur E.-B. Leroy) dont un fragment a été publié dans son ouvrage « *Sur le langage* ».

Dès ce moment, elle prétendait que l'on parlait d'elle, même quand il n'y avait personne de présent. Elle n'entendait ni injures, ni accusations, on disait qu'elle était une honnête femme, que ce n'était pas de sa faute si elle était enceinte, que c'était Dieu qui l'avait voulu. Peu après, un soir, vers huit heures, elle parut avoir une crise d'anxiété violente avec délire, dans laquelle elle tenait des propos en rapport avec les idées ci-dessus énoncées ; elle ne pleurait pas. Un autre jour, elle voulut se jeter par la fenêtre, disant qu'elle était poursuivie par des démons ; elle se serait peut-être jetée, pense son mari, si les personnes présentes ne l'en avaient empêché. Son mari fit venir le médecin, mais elle crut qu'il voulait l'empoisonner ; il fallut en faire venir un autre (le docteur Moch).

Celui-ci vint trois ou quatre fois, mais, en somme, elle ne fut pas soignée régulièrement ; à aucun moment, elle ne garda le lit ; elle n'était pas agitée, mais plutôt déprimée et remuait difficilement ; elle essayait néanmoins de s'occuper de son ménage, mais y réussissait mal, portant à son mari son repas deux ou trois heures après l'heure ; quand il lui en faisait l'observation, elle se mettait à pleurer ; son mari la voyait peu d'ailleurs, travaillant dehors de cinq heures du matin à sept heures du soir ; plusieurs fois la nuit, en se réveillant, il la vit éveillée, disant son chapelet, quelquefois même à genoux devant son lit ; elle dit elle-même, d'ailleurs, qu'elle se relevait souvent la nuit parce qu'elle avait peur tantôt que son mari ne mourut, tantôt sans raison.

Un soir sa sœur chez qui elle était allée passer quelques jours la trouva à genoux sur le pavé, les bras en croix, elle resta ainsi depuis huit heures jusqu'à onze heures. Sa sœur lui dit enfin : « si tu ne te couches pas, je m'en vais », et elle se coucha alors. Vers trois heures du matin, elle se releva, s'habilla et voulut aller à l'église, sa sœur la menaça de la renvoyer, ce qui réussit parfaitement.

Voici d'ailleurs comment elle-même raconte le début de son

délire : ... un matin, qu'elle allait porter des journaux, il lui sembla qu'on la regardait en souriant, que dans la rue on parlait d'elle, « il me semblait qu'on parlait de moi et du médecin qui était venu. — Distinguez-vous exactement les paroles que l'on disait ? — Non. — Quel sens cela vous paraissait-il avoir ? — Je pensais qu'on riait de moi, parce que... elle hésite et finit par dire... on disait qu'après avoir soigné le mari, on soignerait la femme.

Un matin elle traversait la Plaine Saint-Denis pour aller porter ses journaux, lorsqu'elle fut prise d'une terreur intense, causée par une série d'interprétations délirantes : elle aurait dit-elle, aperçu son médecin venant à sa rencontre... il a été impossible de vérifier si réellement le médecin s'était trouvé là à ce moment... quoi qu'il en soit, elle se figura qu'il venait pour l'enlever.

« Je me suis figurée, dit-elle, que c'était comme un enlèvement, qu'il y avait, n'est-ce pas, une voiture, un fiacre [sur le pont du canal]; sur le moment cela m'avait seulement semblé drôle que le médecin traverse là en plein champ pour venir me parler, alors j'ai monté vite une petite pente pour me sauver. — Etes-vous sûre que ce soit lui que vous avez vu ? — Je ne suis pas sûre, il m'avait bien semblé. — Et ensuite qu'est-il arrivé ? — C'est de là que ça m'avait tracassé l'esprit et je m'étais figuré des choses plus qu'il n'y en a. — Que voulez-vous dire ?.. — C'est quelque temps après que je suis tombée malade, j'avais quelques battements de cœur le matin... Je me figurais que si je me levais comme d'habitude pour aller faire mon travail, que le médecin m'attendait à sa fenêtre pour me tuer. N'est-ce pas c'était de la bêtise, puisque je l'ai revu plusieurs fois depuis ».

Vers cette époque, un samedi [elle ne peut retrouver exactement la date], elle entendit des voix pour la première fois. C'est le mercredi suivant qu'elle cessa de travailler et fit appeler le médecin. « Le matin où je suis tombée malade,

dit-elle, j'étais comme incitée à lui dire de venir et il faut dire qu'en même temps j'avais un motif aussi : c'était pour lui dire qu'il voit mon mari, parce que je me figurais qu'étant cliente, il n'avait plus aucun droit sur moi, de me toucher, de me... je reconnais qu'il y avait bien de la divagation là-dedans ; maintenant je serais tout à fait normale s'il n'y avait pas cette voix toujours.. — Que s'est-il passé lorsque le médecin est venu vous voir ? — Il est venu, j'étais seule ; il m'a semblé... il m'a demandé... la lampe n'était pas allumée, il a demandé qu'on allume la lampe et tout de suite après il y a eu un changement... — Quel changement ? — Il m'a semblé... un changement dans sa parole.. il a dit : « Madame, je ne vous connais pas, il est vrai que j'ai soigné votre mari il y a déjà quelque temps ; je ne sais pas s'il a dit : « je ne vous connais pas ou je ne vous connais plus... Il m'a auscultée et, quand il m'a eu auscultée, il m'a semblé que j'étais comme de plomb, je n'étais plus la même et, quand il m'a mis le thermomètre sous les bras, il m'a semblé que j'étais comme hypnotisée. — Qu'est-ce qu'il a fait ensuite ? — Je ne sais pas si c'est avant ou après qu'il m'a fait des signes, il m'a passé la main là [elle se passe la main sur le côté gauche du crâne] et sur la main légèrement et alors ce coup de... sa main (sans être ployée, comme ça, la main) dans le creux de l'estomac, et alors j'ai fait une exclamation... il m'a demandé comment je m'appelais et j'ai répondu... il savait bien comment je m'appelais et ce que je faisais... et à ce moment-là je me figurais comme maintenant que j'étais un peu hypnotisée... et alors, en s'en allant, il me semblait qu'il m'avait dit : « Je vous en donnerai moi de bons petits battements de cœur, » et cependant en s'en allant il m'a donné la main ; je ne peux pas comprendre ça : était-ce alors une illusion de l'ouïe de l'avoir entendu... — En somme vous n'étiez pas sûre de l'avoir entendu. — Par moments ; j'étais très sûre des autres choses, mais ça... je ne me rappelle plus.... Dans la nuit ça m'est revenu tous ces mouvements

qu'il avait faits et il m'a semblé qu'il m'avait glissé de la poudre sous le bras et au creux de l'estomac, il me semblait que c'était du poison ; je me suis lavée avec du lait... je me suis lavée la tête, la main, le creux de l'estomac avec du lait. Maintenant que je raisonne, je sais très bien que le médecin n'aurait pas agi ainsi... »

« — Avez-vous exécuté son ordonnance ? (il lui avait prescrit de l'huile de ricin et une potion). — A mon avis, c'était un poison et la dose était un peu forte..., le matin j'ai fait demander un autre médecin pour qu'il voie l'ordonnance ; ce médecin n'est venu que le soir, m'a pris l'ordonnance... — Et qu'est-ce qu'il en a dit ? — Je lui ait dit que ça ne pouvait pas durer comme ça... il a dit qu'il irait le trouver. — Mais qu'a-t-il dit de l'ordonnance ? — Il a rien dit, il avait l'air soucieux ; je lui ait dit aussi que... oui, à ce moment, ça me semblait, dans mon idée, comme ça... j'ai dit un mot que je n'aurais pas dû dire. — Quel mot ? — J'ai dit qu'il (le premier médecin) devait s'occuper de sciences occultes, je ne sais où j'ai été chercher ça ; je lui ait dit que je ne pouvais pas rester comme ça et qu'il aille le trouver... »

C'est quelques jours après seulement qu'elle commença à avoir d'une façon parfaitement nette des convictions délirantes de culpabilité. — Quand j'étais malade, dit-elle, je voulais toujours me confesser, je me figurais que je ne serais pas sauvée. — Pourquoi pensiez-vous que vous ne seriez pas sauvée ? — Ben, tout ça c'était la suite de ma maladie ; par moment il me revient de ces idées-là. Et puis j'ai une petite fille, qui vient d'être malade et je me figurais que c'était moi qui étais la cause de sa maladie, parce que étant donné ça, j'avais influencé son système nerveux. — Que pensiez-vous encore ? — Ben, je pensais quand mon mari était malade... je me figurais toujours qu'il allait mourir et après ça toutes ces idées de mort m'étaient restées... je me figurais que j'allais mourir de trente-six manières, ces voix qui me parlent me disent que je vais mourir d'une

manière, que je dois mourir de l'autre... — Pensiez-vous avoir fait quelque chose de mal ? — Ben oui, parce que tout ce que j'ai fait dans ma vie, toutes ces idées me viennent de tout... par une pensée, par une parole, tout ça me revient, ou par une action que je n'aurais pas dû faire. — Par exemple que vous êtes sans reproches ? — Je... non... quand mon mari était malade, j'avais du vin de coca et quinquina, j'en avais pris deux cuillerées, je me figurais que c'était ça qui m'avait monté la tête. — Pourquoi en avez-vous pris ? — C'était pour me soutenir... et puis, pendant quelque temps, je prenais une petite goutte de cognac, avant de partir, dans mon café et je n'avais pas l'habitude. — Quand avez-vous fait cela ? — C'était après la maladie de mon mari. — Et vous avez pensé que c'était très mal d'avoir fait cela ? — Je pensais que c'était peut-être cela qui avait influencé aussi. — Vous vous l'êtes reproché seulement depuis que vous êtes malade ? — C'est après... si j'avais pensé que ça aurait pu me faire du mal, je ne l'aurais pas fait, c'est pendant ma maladie que ça m'est revenu... et j'ai une drôle d'idée aussi... ce médecin m'avait ordonné du quinquina avec de l'arséniate de soude; depuis il m'est venu un matin l'idée d'en verser une goutte, une toute petite goutte dans l'eau pour me débarbouiller. — Pensez-vous que ce soit ça qui ait pu vous faire quelque chose ? — Et tout le temps ça me revient : si je n'avais pas eu ces idées-là, si je n'avais pas eu ces idées-là. — Pourquoi aviez-vous fait cela ? — C'était une idée, puis j'en avais mis un peu dans les cheveux avec l'idée que ça ferait pousser les cheveux, j'étais déjà un peu malade à ce moment-là. — Avez-vous pensé que c'était très mal ? — J'ai pensé que c'était ça, oui, qui m'avait occasionné... sur les yeux, dans les oreilles... depuis toutes ces sortes d'idées qui me sont venues; je pensais que mes pensées influençaient quelquefois celles des autres, parce que je trouvais quelquefois dans le journal des idées, qui m'étaient venues soit pour une chose, soit pour une autre. — Avez-vous peur d'avoir commis des péchés ? — Oui, justement. — Aviez-vous

peur d'aller en enfer ? — Oui, monsieur, depuis toutes sortes d'idées qui m'étaient venues. — Quelles idées ? — Je ne peux pas vous dire exactement...

Le 1^{er} juillet 19.., j'interroge la malade sur ses hallucinations, elle me dit que la voix paraît localisée dans sa tête, au sommet ; le plus souvent, elle est douée d'un timbre parfaitement reconnaissable : « c'est, dit-elle, une voix de femme maintenant ; quelquefois, il me semble reconnaître la voix ; d'autres fois, je ne la reconnais pas. »

— Quand vous la reconnaissez, cette voix, à la voix de qui ressemble-t-elle ?

— C'est la voix d'une sage-femme qui a habité dans l'endroit où je suis.

— Quand vous ne la reconnaissez pas, pouvez-vous dire tout de même que ce soit une voix de femme ?

— Non, je ne reconnais pas du tout la voix, alors.

La malade est extrêmement frappée que cette voix s'adresse à elle, à la troisième personne. « Cette voix, dit-elle, me dit : Madame, ou bien : ne dites pas ça, dites ça. » Parfois, lorsqu'elle se demande ce que peut bien être cette voix, elle l'entend qui répond : « Nous ne sommes pas des êtres matériels. »

Elle est toujours très inquiète de ne pouvoir *penser par elle-même*, suivant son expression, *c'est la voix qui pense pour elle*. Quand je parle, dit-elle, la voix se tait ; quand je veux arrêter ma pensée, je ne peux pas. « Si je pouvais seulement, dit-elle, penser par moi-même, je sens bien que je reviendrais à moi, je verrais les choses sous leur vrai jour. »

Elle dit à plusieurs reprises : « Ce n'est pas moi qui pense, tout en ajoutant que cela est tout à fait invraisemblable et que toute autre personne doit considérer cela comme de la folie. »

— Entendez-vous cette voix, en rêve ? Quand je dors ? Non, mais aussitôt que je m'éveille... Et puis, alors, cette voix me retrace les rêves que je viens de faire.

— Dormez-vous bien la nuit ?

— Cette nuit, j'ai assez bien dormi.

— Rêvez-vous ?

— Oui, je rêve... et puis après, quand je me réveille, cette voix me détaille le rêve que j'ai fait.

— Racontez-moi donc vos rêves ?

— Ah ! je ne me rappelle pas, mais ce sont de drôles de rêves !

— Cherchez bien à vous en rappeler un ?

J'insiste à plusieurs reprises, sans obtenir de réponses.

— Ah ! c'est tellement drôle... je ne peux pas vous dire ces rêves-là.

— Pourquoi ne voulez-vous pas les raconter ? — Parce que ce sont des rêves tellement bizarres ? — Est-ce parce qu'ils ne sont pas convenables ?

— Quelquefois, ces rêves s'arrêtent juste... juste au moment où...

— Voyons, expliquez-vous, que voulez-vous dire ?

— Ah ! je ne peux pas raconter.

— Mais si.

— Je ne me rappelle pas bien au juste.

— Mais si, essayez.

— Oh ! je ne veux pas raconter ça, j'ai besoin de travailler, je sens que je ne peux pas travailler dans cet état là.

Elle pleure.

— Voyons, racontez-moi ce que je vous demande !

Elle reste immobile.

— Comment voulez-vous que je vous soigne, si vous ne me racontez pas tout !

— Je ne peux pas raconter ça.

— Mais si.

— Ben, j'ai rêvé qu'il y avait une mère qui avait tué son enfant et puis le mari n'était pas là et on avait l'air de blâmer le mari, et je lui avais donné deux sous parce que c'était un mendiant.

— Pourquoi cette mère avait-elle tué son enfant ?

— Ah ! je ne me rappelle pas.

— Eh bien, pourquoi ne vouliez-vous pas me raconter ce rêve tout à l'heure ?

— Parce j'ai une petite fille et j'ai peur qu'en racontant ces choses-là, ça ne lui porte pas bonheur.

— Dans ce rêve, ce n'était pas vous qui tuiez votre enfant ?

— Non, monsieur.

Le 20 juillet, elle entre dans le service du docteur Deny avec le certificat suivant :

N..., 16 juillet 19.., présente des troubles mentaux caractérisés, principalement par de la dépression mélancolique avec : 1° hallucinations de l'ouïe presque constantes (elle entend sans cesse une voix dont le timbre varie et qui commente ses pensées, approuve et désapprouve ses actions, lui donne des ordres, etc.) ; — 2° confusion dans les idées ; — 3° aboulie qu'elle reconnaît, en outre, avoir eu, il y a quelques mois, des convictions délirantes hypochondriaques et des convictions délirantes de damnation auxquelles il n'est pas certain qu'elle ait complètement renoncé à l'heure actuelle.

Signé : D^r E.-B. LEROY.

En somme, à ce moment, la malade était déjà en voie d'amélioration ; cette amélioration continuant, les convictions délirantes disparurent complètement, mais les hallucinations verbales persistèrent avec la même fréquence, avec la même netteté, avec la même extériorité, leur contenu seul s'étant modifié. Ce contenu était devenu banal et c'était surtout la persistance obsédante et continuelle de ces phénomènes qui tourmentait la malade. — « Cette malade, dit le D^r E.-B. Leroy (in Langage, rech. sur), se plaignait presque uniquement de ne pas pouvoir penser et d'avoir des hallucinations presque constantes, des voix qu'elle entendait très nettement ; ces hallucinations qui, en quelque sorte, comme nous allons le voir, remplaçaient sa pensée, n'offraient, quant à leur contenu, rien de bien extraordinaire et reproduisaient simplement ces préoccupations. Elle était triste et croyait avoir

commis quelques fautes qu'elle se reprochait vivement; c'est de ses fautes que lui parlèrent ses hallucinations. Petit à petit, à mesure que les convictions de culpabilité dominaient, les hallucinations lui parlèrent de moins en moins de ses méfaits et, finalement, ne lui firent plus de reproches. En outre, elle était très préoccupée de son état et constamment les voix lui en parlaient, lui disant qu'elle était inguérissable; les voix faisaient en somme pour elle « toutes les réflexions qu'elle aurait faites elle-même ». En effet, elle ne portait pas exclusivement sur les idées anormales de cette malade; elle n'était pas tellement absorbée qu'elle ne fut occupée comme tout le monde de ce qui se passait autour d'elle, de son mari, du soin de son intérieur, etc. Or, des voix lui en parlaient tout le temps, et même, lorsqu'elle faisait les actes les plus banals, elle entendait les voix lui dire, par exemple : « Vous cousez; madame mange; elle balaye ». Cette forme d'hallucination est très fréquente; bien des malades se plaignent d'être ainsi obsédés constamment par des hallucinations auditives; ils ne peuvent rien faire, les voix les poursuivent toujours, toutes leurs pensées sont remplacées par des hallucinations. Chez la malade dont je viens de parler, les hallucinations remplaçaient la réflexion et même la pensée en général. C'est là un point sur lequel elle insistait énormément et sur lequel elle revenait sans cesse : « Je serais tout à fait normale, disait-elle, s'il n'y avait pas cette voix toujours; c'est comme une *suppression de pensée*, et cette voix me parle bien de *suppression de pensée* ». Elle ne cessait guère d'entendre ses hallucinations que lorsqu'elle me parlait, et la voix lui disait que cela tenait à ce que j'étais une personne forte, en présence de laquelle elle se sentait soutenue. Puisque ces voix se présentaient ainsi comme une transformation de la réflexion, j'ai voulu me rendre compte de ce qu'était la réflexion chez elle avant le début de sa maladie, c'est-à-dire déterminer quelle était la forme de son langage intérieur. Quoique simple marchande de journaux et sans culture, elle a fort bien

compris mes questions sur ce point et a répondu de façon satisfaisante.

Les réflexions qu'elle faisait autrefois en présence d'objets réels se présentaient sous la forme auditive, mais ce langage intérieur auditif ne présentait pas de timbre nettement reconnaissable : ce qui est changé maintenant, c'est que lorsque regardant un objet, elle veut réfléchir, elle ne peut plus ; une voix commence immédiatement à se faire entendre, faisant des réflexions qu'elle même aurait faites. Il en est de même pour les réflexions faites à propos d'objets quelconques non présents : autrefois, elle se représentait visuellement l'objet et c'est sans difficulté que sous forme de paroles purement intérieures diverses réflexions lui venaient à l'esprit à propos de cette représentation visuelle.

« Avant d'être malade, dit-elle, je pensais... d'abord, je voyais ma pensée et puis je pouvais réfléchir. Mais, maintenant je ne peux pas réfléchir, je vois ma pensée, mais je ne peux pas réfléchir. — Dans la façon de voir les objets intérieurement y a-t-il une différence ? — Non, je vois toujours, les objets intérieurement de la même façon, mais je ne peux pas réfléchir. — Il y a trois façons de réfléchir, n'est-ce pas, réfléchir comme par la vue, n'est-ce pas comme par la raison, et puis alors réfléchir comme vous disiez tout à l'heure, en se parlant à soi-même, intérieurement et puis alors réfléchir sans... — Je ne peux expliquer ça, c'est précisément ce qui me manque, je n'ai que la vision ».

Donc, pas de trouble de la vision mentale, seulement un trouble de la réflexion, qui se fait au moyen du langage intérieur auditif. Elle continue : « Maintenant, quand je veux appesantir, c'est alors que je ne peux pas, je ne peux pas penser, je ne peux pas réfléchir... Réfléchir c'est s'arrêter sur une pensée, n'est-ce pas ? Je ne peux pas réfléchir. Si j'ai l'air absorbée, c'est la voix qui me parle, ce n'est pas moi qui réfléchis ».

Chez cette malade, en somme, la parole intérieure joue un

rôle important à l'état normal, mais nullement exceptionnel, ni même remarquable, mais ce langage intérieur auditif se trouve, dans la maladie, remplacé, pour ainsi dire, par une voix ayant tous les caractères d'une voix réellement perçue : parfois, elle dit : « c'est comme une voix » mais cela indique simplement qu'elle a conscience de son état, qu'elle se rend compte que la voix ne correspond à rien d'extérieur et n'est qu'une hallucination : elle s'en est formellement expliquée.

Et, d'autre part, cette modification consécutive ne change rien au caractère nettement hallucinatoire du phénomène.

L'amélioration ayant toujours été en s'accroissant, le docteur Deny autorise la malade à sortir par le certificat suivant :

Sortie.

22 mai (année suivante). Est suffisamment améliorée pour être autorisée à sortir définitivement.

Signé : D^r DENY.

Mais tandis que le délire avait complètement disparu et que l'anxiété était devenue extrêmement faible et intermittente, les hallucinations persistaient encore.

Nous avons à dessein insisté sur certaines parties des interrogatoires, que nous avons fait subir à notre malade, en passant rapidement sur ce qui nous a paru manquer d'intérêt pour notre étude, de façon à attirer plus particulièrement l'attention sur ce qui nous a paru le plus intéressant : à savoir la présence très nette, chez notre mélancolique, N. X..., d'hallucinations et en particulier des « kinesthésiques » et surtout sur la manifestation de ces phénomènes « post-mélancoliques » qui traduisent — à s'en rapporter d'ailleurs aux descriptions mêmes du sujet — des préoccupations tout indépendantes de délire antérieur.

CONCLUSIONS

I. — On observe dans la mélancolie des hallucinations de différents sens, qui souvent reflètent les convictions délirantes ou les préoccupations obsédantes du malade.

II. — Parmi ces hallucinations, les plus remarquables sont les hallucinations verbales auditives et verbales kinesthésiques ; elles prennent parfois une forme obsédante, se manifestant alors d'une façon continuelle et s'accompagnant de troubles considérables de l'attention.

III. — Ces hallucinations semblent parfois indépendantes du délire en ce sens du moins que leur contenu peut être sans rapport direct avec les convictions délirantes.

IV. — Les hallucinations peuvent persister sous cette forme pendant un temps notable après la disparition des convictions délirantes elles-mêmes.

Sans délire veut dire sans autres manifestation délirante que ces hallucinations même et notamment sans convictions délirantes à proprement parler. Pour certains, du moment qu'il y a hallucinations, il y a délire ; tout cela est une question de mots : quant à nous, en parlant d'hallucinations sans délire nous voulons parler simplement d'hallucinations se

produisant sans qu'il y ait convictions délirantes véritables alors qu'il y a simplement par exemple des préoccupations obsédantes ou autres troubles intellectuels du même genre.

Il nous paraît incontestable que, dans la mélancolie, les hallucinations peuvent survenir dans de semblables conditions.

Au point de vue qui nous occupe, ce qui est particulièrement intéressant, c'est la persistance extrêmement nette des phénomènes hallucinatoires après la disparition du délire.

Dans l'observation de N. X., les hallucinations qui primitivement traduisaient les préoccupations et les convictions morbides du sujet n'ont pas disparu avec ces préoccupations et ces convictions ; elles traduisent maintenant les préoccupations banales de la convalescente.

Vu :

Le Président de la Thèse,
RAYMOND.

Vu :

Le Doyen,
DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

INDEX-BIBLIOGRAPHIQUE

- ARÉTÉE. — De causis et signis morbuorum.
- AXENFELD et HUCHARD. — Traité des névroses, 2^e éd., Paris, 1863.
- BAILLARGER. — Recherches sur les maladies mentales; de l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité, t. I, p. 72.
- Physiologie des hallucinations, p. 271-500.
- Théories, p. 693, t. II. Paris, Masson, 1890.
- BALL. — Leçon sur les maladies mentales.
- Des éléments morbides de la folie, p. 59-132.
- De la mélancolie, p. 198-219. Paris, Asselin, 1880.
- BALLET (Gilbert). — Psychoses et affections nerveuses, p. 132. Paris, Doin, 1897.
- Des psychoses. In traité de pathologie générale de Bouchard et Brissaud. Paris, Masson, 1902.
- Traité de pathologie mentale. Paris, Doin, 1903.
- BEAUNIS. — Des sensations internes. Paris, Alcan, 1889.
- BRA. — Des hallucinations, p. 1-32. Paris, Delahaye, 1883.
- BRACHET. — Traité de l'hypochondrie. Paris, J.-B. et Germer Baillièrre, 1844.
- BRIERRE DE BOISMONT. — Des hallucinations, p. 20-118-161 et suiv. Paris, Germer Baillièrre, 1852.
- *Annales Médico-Psychologiques*, 1851.

— Du suicide et de la folie du suicide, p. 225-243. Paris, Germer Baillière, 1865.

BRISSAUD. — *In* traité de pathologie générale de Bouchard et Brissaud, des psychoses. Paris, Masson, 1901.

— Leçons cliniques sur les maladies nerveuses (Salpêtrière), 93-94, Henry Meige. Paris, Masson, 1895.

BROUSSAIS (F. et CASIMIR). — De l'irritation et de la folie, t. II, p. 307-357. Paris, J.-B. Baillière, 1839.

BRUANT. — Des hallucinations après ménopause, *th.* Paris, 1888.

CALMEIL (L.-V.). — De la folie au point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire, t. II. Paris, J.-B. Baillière, 1845.

CAMUS et PAGNIEZ. — Isolement et Psychothérapie. Paris, Alcan, 1904.

CHARCOT. — Leçons cliniques du mardi. 87-88. Paris, Delahaye, 1888.

CULLERRE. — Traité des maladies mentales; des hallucinations, p. 52-67; de la mélancolie, p. 215-238. Paris, Baillière, 1890.

DAGONET. — Traité des maladies mentales, hallucinations, p. 100; Lypémanie, p. 307-357. Paris, J.-B. Baillière, 1862.

— Traité des maladies mentales, p. 209-246. Paris, J.-B. Baillière, 1876.

DUBOIS. — Les psychonévroses et leur traitement moral, p. 162-199, 215-230. Paris, Masson, 1904.

ESQUIROL. — Traité des maladies mentales, des hallucinations, t. I, p. 194. Paris, Baillière, 1838.

— Traité des maladies mentales, t. II, p. 85. Bruxelles, Trichter, 1838.

FALRET (J.-P.). — De l'hypochondrie et du suicide, p. 118-289-314. Paris, Croullebois, 1822.

— Des maladies mentales et asiles d'aliénés, des hallucinations, p. 216-225. Paris, J.-B. Baillière, 1864.

- FALRET (J.-P.). — Etudes cliniques sur maladies nerveuses et mentales, p. 507. Paris, J.-B. Baillière, 1890.
- FARNARIER. — Le délire hallucinatoire. Paris, 1899.
- GALIEN. — Opera, édition Kuhn. Tome VI, p. 633.
- GEORGET. — De la folie, Lypémanie. Thèse de Paris. Paris, Crevot, 1820.
- GRIESINGER. — Traité des maladies mentales. Tr. Doumic, p. 270. Paris, Delahaye, 1865.
- GUISLAIN. — Traité sur les phrénopathies, p. 187. Paris. 1826.
- HIPPOCRATE. — T. V, p. 355, liv. VI. Des épidémies; t. III, p. 72, liv. II. Des maladies.
- JANET (Pierre). — Automatisme psychologique, p. 200 et suiv. Paris, Alcan, 1889.
- Stigmates et troubles mentaux, *in* Etat mental des hystériques, collection Charcot-Debove, Paris, Rueff, 1892.
- Obsessions et psychasthenie t. II. Paris, Alcan, 1903.
- Névroses et idées fixes, Paris, Alcan, 1898.
- JOFFROY. — Les hallucinations unilatérales, *in* archives de Neurologie, 1896.
- LEGRAIN. — De la mélancolie, et variétés, (discussions, société médico-psychologique, 24 Février 1890).
- LEPELLETIER (de la Sarthe). Traité de physiognomonie, p. 30, 97 et suiv. Paris, Victor Masson, 1864.
- LEROY. (Eug. BERN). — Le langage. Essais sur la psychologie normale et pathologique de cette fonction, p. 186. Paris. Alcan, 1905.
- LEURET. — Fragments psychologiques sur la folie, Paris, Crochard, 1834.
- LONDE ET SÉGLAS. — Archives de neurologie n° 68, 69, 1895.
- LUYS (J.). — Traité élémentaire et pratique des maladies mentales p. 389-428, 466-422. Paris, Delahaye, 1881.
- MAGNAN. — Hallucinations bilatérales, de caractères différents suivant le côté affecté. — Archives de neurologie, t. VI, p. 336, 1883.
- MAIRET. — De la démence mélancolique, Paris, Masson, 1883.

- MARANDON DE MONTYEL. — Des hallucinations psychiques.
Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, mars 1900.
- MARC. — De la folie. tome I. p. 194, Paris, 1840.
- MARCÉ. — Traité prat. des maladies mentales, p. 11-47,
231-256, Paris, J.-B. Baillière, 1862.
- MATHIEU. — Neurasthénie, bibliot. Charcot-Debove, Paris,
Rueff., 1892.
- MICHEA. — Traité pratique, dogmatique et critique de l'hypo-
chondrie p. 322-361. Paris, Labé, 1845.
- des hallucinations, *in* délire des sensations p. 29-118,
Paris, Labé, 1846.
- Mémoire à l'Académie de Médecine sur les hallucinations,
1851.
- MOREAU (de Tours). — Psychologie morbide ; des influences
des névropathies sur le dynamisme intellectuel. Paris,
Victor Masson, 1859.
- MOREL. — Traité des maladies mentales, p. 333-497. Paris,
Victor Masson, 1860.
- MULLER (J.). — Manuel de physiologie. Trad. français.,
Gourdon, t. II.
- PINEL. — Traité médico-psychologique sur l'aliénation men-
tale ; le traitement moral dans les vésanies, p. 48-73 ; la
mélancolie, p. 137-149. Paris, Richard-Caille et Ravier, 1809.
- PINEL (Scip.). — Traité de pathologie cérébrale ; des halluci-
nations, p. 198. Paris, Just Rouvier, 1844.
- RAYMOND. — Leçons cliniques du mardi, Salpêtrière, 97-98,
p. 449-468, t. II ; et Janet, les obsessions et la psychas-
thénie. Paris, Alcan, 1903.
- REVERTÉGAT. — Etudes cliniques des hallucinations dans la
mélancolie. Paris, 1893.
- RIBOT. — Maladies de la volonté. Paris, Alcan, 1885.
- RITTI. — Théorie physiologique de l'hallucination. Thèse de
Paris, 1874.
- Traité clinique de la folie à double forme, période de
dépression, p. 52-116. Paris, Doin, 1883.

- ROGUES de FURSAC. — Manuel pratique de psychiatrie. Paris, Alcan, 1905.
- ROUBINOVITCH. — Etudes hallucinatoires verbales psychomotrices ; annales médico-psychologiques, 1893, t. XVII, p. 98.
- et Toulouse, de la mélancolie, p. 95-108. Paris, 1897.
- SAURY. — De la mélancolie, *Ann. Méd. Psych.*, 28 juillet 1890.
- SCHUELE. — Traité clinique des maladies mentales, trad. franc. Dagonet et Duhamel, p. 31. Paris, 1888.
- SEGLAS. — Hallucinations psycho-motrices (*Progrès Medical*, 18-25 août 1888), et leurs rapports avec la fonction du langage.
- Les troubles du langage chez les aliénés, bibliot. Charcot-Debove, p. 119 et suiv., Paris. Rueff.
- Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe. Congrès méd. alién. et neurol., 1897.
- Leçons cliniques, Henry Meige, p. 320-348. Paris.
- Séméiologie, in traité pathol. mentale de Ballet. Paris, Masson, 1903.
- SEMELAIGNE. — Etude historique sur l'aliénation mentale, p. 33-52. Paris, Asselin, 1869.
- TAMBURINI. — Genèse des hallucinations, 1880.
- TARDIEU. — Etude médico-légale de la folie, p. 199. Paris, Baillière, 1872.
- TOULOUSE et ROUBINOVITCH. — Ouv. cit.
- Des hallucinations unilatérales, *Gaz. hôpitaux*, p. 609. 1892.
- TRÉLAT. — Des causes de la folie. In *Ann. Méd. Psych.*, 3^e série, t. II, 1856.
- La folie lucide, Paris, Delahaye, 1861.
- VOISIN (Félix). — Des causes morales et physiques des maladies mentales, hystérie et hypochondrie, p. 206. Paris, J.-B. Baillière, 1826.
- WERNICKE. — Grundriss der Psychiatrie, p. 126.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

